



Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT  
Arbetsvetenskap och ergonomi

---

Gunnar Vold Hansen

# Samarbeid uten fellesskap

Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid

Gunnar Vold Hansen

# Samarbeid uten fellesskap

Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid

Gunnar Vold Hansen. *Samarbeid uten fellesskap - Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*

Doktorsavhandling

Karlstad University Studies 2007:15

ISSN 1403-8099

ISBN 978-91-7063-118-4

© Författaren

Distribution:

Karlstads universitet

Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT

Arbetsvetenskap och ergonomi

651 88 KARLSTAD

SVERIGE

054-700 10 00 vx

[www.kau.se](http://www.kau.se)

Tryck: Universitetstryckeriet, Karlstad 2007

## FORORD

Det er like godt å innrømme det med en gang – dette prosjektet har vært en vandring på ukjente stier. Da jeg startet, var det med en god del nysgjerrighet og undring; i tillegg hadde jeg noen antagelser som jeg gjerne ville teste. Planer og planlegging er temaer som har vært sentrale i min utdanning tidligere. Individuelle planer burde derfor være et tema som jeg hadde en viss innsikt i. Det jeg ikke hadde lagt like mye vekt på, var at når temaet ble *individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, så handlet det minst like mye om psykisk helsearbeid som om planlegging. Heldigvis møtte jeg noen som var villige til å stille opp som informanter for meg. Etter hvert ble de like mye veiledere inn i en sektor og arbeidsformer som jeg kjente lite til fra før. Dette var personer som jobbet innen dette området og som hadde tatt på seg rollen som pionerer.

Jeg startet min datasamling kort tid etter at ordningen med individuelle planer ble innført. Mine informanter var riktignok erfarne tjenesteytere, men arbeid med individuelle planer var nytt for dem. Likevel stilte de opp og lot meg få innsikt i hvordan de løste en oppgave som de selv var svært usikre på. Alle som jeg har møtt, koordinatorene, andre tjenesteytere og tjenestemottakere, har vært positive til å la meg få observere hvordan de har arbeidet. De data, vurderinger og konklusjoner som jeg presenterer i denne avhandlingen er mine. Jeg tror nok at enkelte av mine informanter har opplevd en del situasjoner annerledes enn jeg. I den grad enkelte av de formuleringene som jeg benytter kan oppfattes som kritikk av mine informanter, så er det ikke ment slik, selv om det er slik at jeg konkluderer med at målsettingene med individuelle planer ikke nås. Årsakene til dette er ikke at de tjenesteyterne jeg har observert ikke har ønsket å få individuelle planer til å fungere etter intensjonene – heller tvert imot. Mitt hovedinntrykk er at så godt som alle jeg har møtt i forbindelse med denne avhandlingen, har vært engasjerte tjenesteytere som har hatt et genuint ønske om å yte best mulig tjenester. Jeg har derfor den største respekt for den innsatsen de gjør. Konklusjonen i NOU 2003:19 (s 28/29), om at gapet mellom tjenestemottakernes rettigheter og de ressursene som er tilgjengelige blir redusert ved at tjenesteyterne strekker seg vesentlig lengre enn man kan forvente, er i samsvar med de erfaringene jeg har gjort. Jeg må derfor takke dem som har stilt opp som informanter for meg. Uten deres velvilje og samarbeid hadde ikke denne avhandlingen vært mulig.

Denne avhandlingen hadde heller ikke blitt til uten at en hel del andre personer hadde stilt opp med direkte støtte og ellers bidratt til å legge forholdene til rette for at jeg har kunnet gjennomføre dette prosjektet. Jeg vil derfor takke kollegaer både ved Universitetet i Karlstad og ved Høgskolen i Østfold som har bidratt med interessante og konstruktive innspill i løpet av denne perioden, ingen nevnt ingen glemt. Noen navn må likevel trekkes frem; Mine to veiledere Lena Gonäs og Birgitta Eriksson har underveis bidratt med viktige innspill for å holde meg på rett vei. Deres erfaringer og konstruktive innspill har vært lærerike og viktige i prosessen. Det har heller ikke vært mulig å skrive denne avhandlingen uten at min familie med min kone Kari i spissen hadde lagt forholdene til rette for meg. Jeg føler derfor at denne avhandlingen er et produkt av mange menneskers innsats, selv om ansvaret for innholdet er mitt alene. Jeg retter derfor en stor takk til alle sammen.

Fredrikstad april 07

Gunnar Vold Hansen

## SAMMENDRAG

I denne avhandlingen ser jeg nærmere på innføringen av individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Fra 1.7.2001 fikk personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til en individuell plan. En individuell plan skal bidra til at tjenestetilbudet bygger på brukermedvirkning og blir mer individuelt tilpasset, samtidig som det skal være helhetlig og samordnet. Hensikten med avhandlingen er å se om en individuell plan virkelig bidrar til å nå de målene man satte seg. Problemstillingen i avhandlingen er derfor: *Hvordan ivaretas målene med individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid?*

Individuelle planer kan oppfattes som organisasjonsoppskrift med utgangspunkt i det som kalles New Public Management (NPM). De fremstår dermed som hjelpemidler bygget på en rasjonell-instrumentell logikk. Psykisk helsearbeid er derimot en sektor preget av ulike faglige tilnærminger, uklare sammenhenger mellom årsak og virkning, og tjenestemottakere med diffuse og komplekse behov. På mange måter synes det derfor som om forutsetningene bak de individuelle planene om at klare mål og behov skal kunne konkretiseres i bestemte tiltak, møter særlige utfordringer i psykisk helsearbeid. Begrunnelsen for å velge dette temaet for denne avhandlingen er nettopp knyttet til en undring over hva som vil skje i en sektor preget av uklarheter når man innfører et hjelpemiddel forankret i en rasjonell instrumentell logikk.

Undersøkelsen bygger på intervjuer med ansatte og observasjoner av ansvarsgruppemøter i forbindelse med individuelle planer. Denne tilnærmingen ble valgt ut fra en antagelse om at man ville bruke ansvarsgruppene til å samarbeide om å utvikle den individuelle planen.

Resultatene viser at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Innenfor de rammene som finnes er tjenesteyterne positive til å gi tjenestemottakerne innflytelse på utformingen av tiltakene. Det er likevel få av tjenestemottakerne som klarer å utnytte denne muligheten. En viktig forutsetning for at tjenestemottakerne skal kunne utnytte arbeidet med individuelle planer til økt brukermedvirkning, er at de både har klare mål og at de forstår hensikten med å

utforme en individuell plan. Dette er forutsetninger som i liten grad synes oppfylt innen psykisk helsearbeid.

Også samarbeid og helhetlige tilbud påvirkes i stor grad av andre faktorer enn den individuelle planen. I praksis synes forhold som forståelse for rehabiliteringsideologien, kommunens organisering, profesjonelle grenser, holdninger og samarbeidskompetanse å sette rammer for samarbeidet. Den individuelle planen medvirker likevel til at de ulike tjenestene tilpasser seg hverandre. Det er dessuten åpenbart at koordinatorene tar et særlig ansvar for at tilbudet til tjenestemottakerne blir helhetlig og samordnet. Den individuelle planen synes klart å være en medvirkende årsak til at de aktuelle tjenesteyterne tar et slikt ansvar for helhet og samordning. Undersøkelsen viser også at ansvarsgrupper kan være en arena der det er muligheter både for å samarbeide og for å komme frem til pragmatiske løsninger. Det viktigste er likevel at dette er en arena der tjenestemottakerne kan utøve innflytelse.

Konklusjonen i avhandlingen er at det er behov for å styrke måloppnåelsen med individuelle planer. Avhandlingen skisserer ikke på noen entydige løsninger, men peker på at *en* mulighet for å finne løsninger kan være gjennom et mer aktivt samarbeid mellom overordnede myndigheter, tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere. Det anbefales at aktuelle strategier legger vekt på styrking av tjenestemottakerne og på bevisstgjøring og endring av arbeidsformer blant tjenesteyterne.

## INNHold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Utviklingen i psykisk helsearbeid.....</b>	<b>10</b>
1.1.1	Fra psykiatri til psykisk helsearbeid.....	10
1.1.2	Lovgrunnlaget.....	13
1.1.3	Iverksettelse.....	14
<b>1.2</b>	<b>Oppbygging av avhandlingen.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INDIVIDUELLE PLANER .....</b>	<b>19</b>
2.1.1	Målsetting.....	19
2.1.2	Innholdet i en individuell plan.....	22
2.1.3	Individuell plan – individuell planlegging .....	24
<b>2.2</b>	<b>Andre relevante undersøkelser.....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Hvorfor individuelle planer? .....</b>	<b>33</b>
3.1.1	Byråkrati.....	34
3.1.2	Tilgjengelighetsproblemer .....	36
3.1.3	Oppdelelige tjenestetilbud.....	38
3.1.4	Profesjonsbyråkratiet .....	39
<b>3.2</b>	<b>Velferdsstaten i krise? .....</b>	<b>41</b>
<b>3.3</b>	<b>Teoretiske perspektiver på individuelle planer.....</b>	<b>45</b>
3.3.1	NPM-strategien.....	45
3.3.2	Brukerrettighetsstrategien.....	48
3.3.3	Ansatte og paternalisme.....	48
3.3.4	Funksjonshemning og rehabilitering .....	50
3.3.5	Ledelse på distanse .....	51
<b>3.4</b>	<b>Implementering av individuelle planer.....</b>	<b>55</b>
3.4.1	Ny-institusjonelle perspektiver.....	56
3.4.2	Tjenesteyterne som iverksettelsesagenter.....	58
3.4.3	Hvordan påvirkes agentrollen?.....	59
<b>4</b>	<b>UNDERSØKELSENS DESIGN OG GJENNOMFØRING .....</b>	<b>63</b>
<b>4.1</b>	<b>Evaluerings .....</b>	<b>63</b>
<b>4.2</b>	<b>Innsamling av data.....</b>	<b>68</b>
<b>4.3</b>	<b>Analyse av dataene .....</b>	<b>72</b>
4.3.1	Intervjuene.....	72



4.3.2	Ansvarsgruppemøtene .....	73
<b>4.4</b>	<b>Undersøkelsens troverdighet .....</b>	<b>76</b>
4.4.1	Validitet og reliabilitet .....	76
4.4.2	Etiske overveielser .....	78
4.4.3	Forskerens uavhengighet .....	80
<b>4.5</b>	<b>Generalisering .....</b>	<b>81</b>
<b>5</b>	<b>PLANLEGGING AV PROFESJONELL VIRKSOMHET .....</b>	<b>82</b>
<b>5.1</b>	<b>Profesjonell virksomhet .....</b>	<b>82</b>
<b>5.2</b>	<b>Planlegging .....</b>	<b>86</b>
<b>5.3</b>	<b>Gjennomføring av ansvarsgruppemøtene .....</b>	<b>88</b>
5.3.1	Standardmodellen .....	88
5.3.2	Endringsmodellen .....	91
<b>5.4</b>	<b>Tjenestemottakerne .....</b>	<b>93</b>
<b>5.5</b>	<b>Utformingen av tjenestetilbudet. ....</b>	<b>95</b>
<b>6</b>	<b>BRUKERMEDVIRKNING OG INDIVIDUELL TILPASNING ....</b>	<b>102</b>
<b>6.1</b>	<b>Brukermedvirkning .....</b>	<b>102</b>
6.1.1	Hva er brukermedvirkning? .....	104
<b>6.2</b>	<b>Brukerinnflytelse .....</b>	<b>107</b>
<b>6.3</b>	<b>Kan brukermedvirkning måles? .....</b>	<b>111</b>
6.3.1	Forholdet til modellen for profesjonelt arbeid .....	112
<b>6.4</b>	<b>Individuell tilpasning .....</b>	<b>114</b>
<b>6.5</b>	<b>Hvordan er praksis? .....</b>	<b>115</b>
6.5.1	Holdninger til brukermedvirkning .....	115
6.5.2	Initiativet .....	117
<b>6.6</b>	<b>Diagnosefasen .....</b>	<b>118</b>
<b>6.7</b>	<b>Analyse- og Tiltaksfasen .....</b>	<b>120</b>
<b>6.8</b>	<b>Begrensninger i brukermedvirkningen .....</b>	<b>127</b>
6.8.1	Holdninger .....	127
6.8.2	Tjenestemottakerne .....	131
6.8.3	Standardisering .....	135
6.8.4	Ressurser .....	141
<b>6.9</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>144</b>
6.9.1	Individuell tilpasning .....	144

6.9.2	Brukermedvirkning.....	146
<b>6.10</b>	<b>En ny profesjonell rolle? .....</b>	<b>152</b>
<b>7</b>	<b>HELHETLIG TILBUD OG TVERRFAGLIG SAMARBEID .....</b>	<b>155</b>
<b>7.1</b>	<b>Samarbeid .....</b>	<b>168</b>
<b>7.2</b>	<b>Flerfaglig og tverrfaglig .....</b>	<b>169</b>
7.2.1	Målavklaring .....	180
7.2.2	Jurisdiksjon .....	181
7.2.3	Ulike faglige tilnærminger.....	184
7.2.4	Holdninger.....	184
7.2.5	Ulikt legitimeringsgrunnlag .....	186
7.2.6	Manglende beslutningskompetanse .....	188
7.2.7	Konflikt mellom linje og gruppe.....	189
<b>7.3</b>	<b>Koordinatorene.....</b>	<b>190</b>
<b>7.4</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>191</b>
<b>8</b>	<b>INDIVIDUELLE PLANER SOM DEL AV EN HELHET .....</b>	<b>194</b>
<b>8.1</b>	<b>Behandling vs rehabilitering .....</b>	<b>194</b>
<b>8.2</b>	<b>Planlegging.....</b>	<b>197</b>
<b>8.3</b>	<b>Organisering.....</b>	<b>201</b>
<b>8.4</b>	<b>Beslutningsprosessen.....</b>	<b>209</b>
<b>8.5</b>	<b>Implementering.....</b>	<b>213</b>
<b>8.6</b>	<b>Er individuelle planer likevel et fremskritt? .....</b>	<b>215</b>
8.6.1	Ansvarsgrupper skaper arenaer for deltakelse og innflytelse .....	215
8.6.2	Bedre oversikt over tjenestetilbud og tjenesteytere .....	216
8.6.3	Koordinatorrollen er viktig .....	216
8.6.4	Er dette hensiktsmessig ressursutnyttelse? .....	217
<b>8.7</b>	<b>Sluttord .....</b>	<b>217</b>
8.7.1	Veien videre.....	218

## **Figurer**

Figur 3:1- Terskler.....	36
Figur 3:2 - Ledelse på distanse.....	54
Figur 3:3 - Ansatte som iverksettelsesagenter 1.....	59
Figur 3:4 - Ansatte som iverksettelsesagenter 2.....	61
Figur 5:1- Lineær modell for profesjonelt arbeid.....	83
Figur 6:1- Skala for brukermedvirkning.....	104
Figur 6:2- En rasjonell planleggingsprosess.....	108
Figur 6:3- Ulike former for brukermedvirkning.....	151
Figur 7:1- Behandlingskjede.....	159
Figur 7:2- Behandlingsnettverk.....	160
Figur 7:3- Endringsmodellen/Eskortetjenesten.....	167
Figur 7:4- Seriekoblet tjenestetilbud.....	178
Figur 8:1- Ulike planleggingsstrategier.....	199
Figur 8:2 – Nettverksmodell.....	205
Figur 8:3 – Seriekoblede tjenestetilbud.....	205
Figur 8:4- Ulike former for tjenesteorganisering.....	206
Figur 8:5- Ansvarsgruppen som del av en helhet.....	208

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Forespørsel til kommunene om å få gjennomføre undersøkelsen	
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring – ansatte	
Vedlegg 3: Samtykkeerklæring – tjenestemottakere	
Vedlegg 4: Intervjuguide	
Vedlegg 5: Observasjonsskjema	

## 1 INNLEDNING

Fra 1.7.2001 ble det innført en ordning med individuelle planer i helsesektoren. Denne ordningen var rettet mot dem ”som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester” (Lov om pasientrettigheter § 2-5). Målet med slike planer er at de skal bidra til en rehabiliteringsprosess der tjenestetilbudet blir

- individuelt tilpasset og bygget på brukermedvirkning
- helhetlig og koordinert

Utformingen av en slik individuell plan skal ledes av en koordinator som både har ansvar for at målene med dette planarbeidet blir ivarettatt i prosessen med å utarbeide planen, og for at de ulike tiltakene blir gjennomført i samsvar med planen. Koordinator får dermed en rolle både som planlegger og administrator av et helhetlig tilbud.

Denne avhandlingen skal handle om slike planer og om hvordan de kommunale tjenestene for psykisk helsearbeid og særlig koordinatorene har løst oppgaven med å ta i bruk slike planer. Problemstillingen har jeg formulert slik:

*Hvordan ivaretas målene med individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid?*

De målene jeg trekker frem og som jeg vil se på om blir oppfylt ved hjelp av individuelle planer, er mer brukermedvirkning, bedre individuell tilpasning, bedre samarbeid mellom tjenestene og mer helhetlige tjenestetilbud. Jeg skal her gi en kort begrunnelse for hvorfor jeg har valgt denne problemstillingen og hva jeg håper å kunne bidra med ved hjelp av denne avhandlingen.

Mitt utgangspunkt er at det er et klart behov for å ivareta de målsettingene som individuelle planer er ment å ivareta. Jeg ønsker derfor at individuelle planer skal bli en suksess. Det kan ikke være tvil om at myndighetene gjennom kravet om individuelle planer har hatt et klart ønske om å oppnå de skisserte målsettingene. Jeg oppfatter derfor individuelle planer som et institusjonelt design med sikte på å oppnå gitte konkrete mål. Problemet sett fra mitt faglige ståsted er at jeg er svært skeptisk til hvorvidt det faktisk er mulig å utforme et så omfattende offentlig tiltak som individuelle planer og få de endringer som man intenderer (se for eksempel Olsen 1997:205-6). Jeg har derfor startet denne

undersøkelsen med litt motstridende følelser. Jeg ønsker at individuelle planer skal bli en suksess, men jeg tror ikke helt på det. Samtidig så mener jeg at man kan lære av sine erfaringer, i alle fall dersom man analyserer dem (Olsen 1993:37). Intensjonene med denne avhandlingen er derfor å få bedre innsikt i hvilke faktorer som bidrar til at målene med individuelle planer kan realiseres og hvilke faktorer som motvirker dem.

I dette kapitlet skal jeg videre gi en kort innføring i hva individuelle planer er ment å være og litt om bakgrunnen frem til dagens regelverk. En del av de begrepene som blir sentrale i denne avhandlingen vil også bli presentert i dette kapitlet, selv om de mest sentrale vil bli drøftet nærmere også senere i avhandlingen. Til slutt i dette kapitlet skal jeg gi en oversikt over hvordan hele avhandlingen er bygget opp.

## **1.1 Utviklingen i psykisk helsearbeid**

Historisk har institusjonene vært den viktigste arenaen for behandling av mennesker med psykiske lidelser. Årsakene til dette har vært flere, inkludert ønsket om å skjerme resten av samfunnet fra ”de gale”. Ulike ideologier knyttet til ønske om normalisering, desentralisering etc. har gitt flere bidrag til en utvikling som har bidratt til at stadig flere mennesker med psykiske problemer får oppfølging av kommunale tjenester mens de bor hjemme. Vi kan karakterisere denne utviklingen både som en deinstitutionalisering og som en desentralisering av tilbudene.

Denne utviklingen begynte egentlig med lov om kommunehelsetjenesten fra 1982 (Erichsen 1996:49). Denne loven ga kommunen et generelt ansvar for å yte de av innbyggerne som trengte det, et helsetilbud. Ved St.meld nr 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet”, samt St. prp 63 (1997-98) ”Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006” ble fokus på endringer og fornyelse i psykiatrien klart økt. Det ble særlig lagt vekt på å styrke det kommunale psykiatritilbudet. En viktig strategi i denne sammenhengen var å kombinere rett til visse statlige tilskudd med kravet om at kommunene måtte utarbeide egne psykiatriplaner.

### ***1.1.1 Fra psykiatri til psykisk helsearbeid***

Det siste ti-året har man i stadig større grad tatt i bruk begrepet psykisk helsearbeid i stedet for psykiatri. En viktig begrunnelse for denne endringen er

at man har ønsket å fjerne seg fra den medisinske spesialiteten psykiatri, og synliggjøre et bredere fagfelt enn det som særlig har preget institusjonstilbudet tidligere (Kolstad 2004:13). Psykisk helsearbeid, eller gjerne den mer omfattende betegnelsen lokalbasert psykisk helsearbeid, beskriver et fagfelt der fagfolk med ulik utdanning og ulik bakgrunn samarbeider med tjenestemottakeren om å skape et omfattende og helhetlig tjenestetilbud (Rogan 2004, Kolstad 2004). Psykisk helsearbeid slik det er forventet å fungere i kommunene, blir dermed et tverrfaglig felt der tjenesteyterne representerer forskjellige faglige tilnærminger. Slik jeg ser det, setter dette sektoren overfor tre tydelige utfordringer:

Den første utfordringen knytter seg til samarbeid. Først handler det om samarbeid innad i det vi kan kalle det opprinnelige psykiatrifeltet, der psykiatere, psykologer og sykepleiere både internt i faggruppene og mellom faggruppene har representert ulike faglige tilnærminger (Johannessen 2004:7, Kringlen 1997:kap 4). Derneft handler det om at psykisk helsearbeid har et videre perspektiv enn bare behandling av tjenestemottakerens symptomer. Psykisk helsearbeid fokuserer i like stor grad på å tilrettelegge for at tjenestemottakeren skal kunne fungere i samfunnet med sin sykdom som at man skal kunne fjerne sykdommen (Rogan 2004:4-6). I praksis betyr dette at man i stor grad må trekke med andre kommunale sektorer, frivillige organisasjoner og tjenestemottakerens eget nettverk for å nå slike mål (Kolstad 2004:16). Psykisk helsearbeid fremstår på denne måten som en sektor der behovet for å samarbeide om helhetlige tjenestetilbud er stort.

Den andre utfordringen knytter seg til tjenestemottakerne. Psykiske lidelser preges av svingninger i tjenestemottakerens funksjonsnivå og behov for tjenester. Dessuten vil symptomene variere fra tjenestemottaker til tjenestemottaker selv om de har samme diagnose (Jordahl & Repål 1999:18). Det er derfor vanskelig å vite hvordan situasjonen for den enkelte tjenestemottaker vil utvikle seg over tid. På den ene side skaper dette behov for å tilrettelegge et tjenestetilbud som er spesielt tilpasset hver enkelt tjenestemottaker. Derneft skaper det behov for å kunne endre tilbudet og tilpasse det den utviklingen som skjer. Psykisk helsearbeid bør derfor kunne tilby et individuelt tilpasset og fleksibelt tjenestetilbud. Jeg har forutsatt at for mange tjenestemottakere vil mål, ressurser og behov endre seg, om ikke av andre grunner, så i alle fall som følge av svingningene i den psykiske lidelsen. Hvor store skal endringene være for at man skal endre den individuelle planen

og hva skal i så fall endres? Vi kan tenke oss at behovet for tjenester øker i perioder der tjenestemottakeren har en dårlig periode. Dette er det mulig å tilpasse i en individuell plan. Vanskeligere blir det å ta stilling til om den dårlige perioden skal få konsekvenser for målene i planen. Skal man endre ambisiøse mål fordi tjenestemottakeren har en dårlig periode? Er det en dårlig periode eller er det en varig forverring av situasjonen? Slike spørsmål kan komme til å gjøre at en individuell plan i større grad beskriver de tiltak man har satt i verk for å tilpasse seg utviklingen av sykdommen, enn å beskrive en strategi for å oppnå større mestring for tjenestemottakeren. Planlegging kan bli en vanskelig oppgave i slike situasjoner.

Den siste utfordringen gjelder brukermedvirkning. For mange er utgangspunktet for psykisk helsearbeid at tjenestemottakeren oppfører seg irrasjonelt. Volden (2004:53) reiser derfor spørsmålet om irrasjonelle mennesker kan forventes å opptre som rasjonelle aktører? I tillegg har jeg allerede pekt på at psykiske lidelser preges av svingninger. Skal brukermedvirkningen bare forbeholdes de periodene der tjenestemottakeren fungerer rasjonelt? I så fall, hvem bestemmer hva som er rasjonelt? Skal en individuell plan endres som følge av at tjenestemottakerens mål endres i tråd med svingninger i lidelsen? Et av poengene med en individuell plan er å skape et planlagt og noenlunde stabilt tjenestetilbud, men hvordan skal man da forholde seg til en tjenestemottaker som ikke vil ha et stabilt tjenestetilbud?

Alle disse tre utfordringene, og den beskrivelsen vi finner i St.meld. nr 25 (1997-98) ”Åpenhet og helhet”, tyder på at behovet for å realisere målene med individuelle planer om økt brukermedvirkning, individuell tilpasning, mer samarbeid og mer helhetlige tjenestetilbud, er stort innenfor psykisk helsearbeid. Slik sett er det grunn til å tro at individuelle planer derfor vil være en løsning som kan forbedre tjenestetilbudet i psykisk helsearbeid betraktelig. Jeg skal siden komme tilbake til at noen av forutsetningene som synes å ligge til grunn for individuelle planer er at tjenestemottakerne er i en noenlunde stabil situasjon og at de har evne til å ta rasjonelle beslutninger. Som jeg har pekt på, er dette forutsetninger som det innen psykisk helsearbeid kanskje er vanskeligere å bygge på enn i mange andre sektorer.

Paradokset i denne situasjonen blir dermed at behovet for å løse de utfordringene som individuelle planer er ment å løse, er særlig stort innenfor psykisk helsearbeid, samtidig som det kan synes tvilsomt om forutsetningene

for å få individuelle planer til å fungere etter intensjonene er til stede. For meg som forsker var dette en viktig begrunnelse nettopp for å velge psykisk helsearbeid som arena for min forskning. Jeg har lagt til grunn at de utfordringene tjenesteyterne møter når de skal lage individuelle planer kanskje er størst innen denne sektoren. I valget ligger en forventning om å få se hvordan man håndterer disse utfordringene, og derfor er individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid utgangspunktet for denne avhandlingen.

### ***1.1.2 Lovgrunnlaget***

I tillegg til de utviklingstrekk som var spesielt rettet mot psykisk helsearbeid, skjedde det også en generell utvikling i helsesektoren som er viktig i denne sammenheng. Fra 1.1.2000 trådte det i kraft i alt fire nye helselover. Disse lovene var på mange måter en naturlig konsekvens av den utviklingen vi hadde hatt i helse- og sosialsektoren en viss tid. Særlig nyskapende var det at vi fikk en egen lov om pasientrettigheter. Over tid har vi hatt en utvikling i lovverket der fokuset i økende grad har gått fra å legge vekt på helsesektorens oppgaver og plikter til å fokusere mer på pasientens rettigheter. Dette har medført at vi har fått en del pasientrettigheter inn i de ulike lovene som regulerer helsetjenesten. Etter min mening er det derfor riktig å si at pasientrettighetsloven er et naturlig resultat av en forholdsvis langvarig utvikling. En av de virkelige nyskapningene i pasientrettighetsloven er § 2-5 retten til individuell plan.

#### ***§ 2-5. Rett til individuell plan***

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunhelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Tilsvarende krever de andre lovene at tjenestene utarbeider slike planer. Individuelle planer skal altså utarbeides for personer som har behov for langvarig og koordinerte tjenester. Det er dessuten fastsatt egen forskrift om utarbeiding av individuelle planer. Denne forskriften fastslår bl.a. at målet med planen er at den skal synliggjøre et tilbud som er:

- individuelt tilpasset og bygget på brukermedvirkning.
- helhetlig og koordinert



Det skal dessuten være en person som har ansvaret for å koordinere planen og de ulike tiltakene. Opprinnelig var kravet om individuelle planer knyttet til helselovgivningen. I tillegg til å ha sin forankring i pasientrettighetsloven var tjenestene pålagt å utarbeide slike planer i henhold til følgende tre lover:

- Lov om psykisk helsevern
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om kommunhelsetjenesten

Disse lovene ble vedtatt/revidert samtidig som ledd i strategien ”Pasienten først”; en strategi initiert av daværende helseminister Gudmund Hernes på slutten av 90-tallet (NOU 1997:2). Fokus for helseministeren var selvfølgelig helsetjenesten. Etter hvert er plikten til å utarbeide individuelle planer også utvidet til å gjelde sosialtjenesten (Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)). I tillegg foreligger det flere initiativ for å utvide denne plikten også til andre deler av offentlig virksomhet. Så langt foreligger det bare konkrete forslag om å inkludere a-etat og trygdeetaten<sup>1</sup>, men det arbeides også med å trekke inn opplæringssektoren. Likeledes er det nå utarbeidet et forslag om å slå sammen lov om kommunhelsetjenesten og lov om sosiale tjenester til en felles lov. Individuelle planer har en sentral plass også i dette lovforslaget (NOU 2004:18).

Begrunnelsen for å stadig utvide virkeområdet til individuelle planer er ikke at arbeidet er blitt evaluert til å være en suksess. Tvert i mot, det ser i stedet ut til at rapporter om at individuelle planer er vanskelig å få til (se for eksempel Rådet for psykisk helse 2003,) avstedkommer krav om at stadig flere grupper må få plikt til å delta i arbeidet med slike planer.

### ***1.1.3 Iverksettelse***

Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helhetlig Rehabilitering (SKUR) har fått et sentralt ansvar for å sørge for at individuelle planer blir tatt i bruk. Det betyr at dette senteret har utarbeidet en veileder (Sosial og helsedirektoratet 2001) for hvordan arbeidet med slike planer skal foregå og hvordan de skal utformes. SKUR har i denne sammenhengen lagt stor vekt på å beskrive

---

<sup>1</sup> Fra 1.7.2006 ble a-etat og trygdeetaten slått sammen til NAV (Arbeids- og velferdsetaten). I en periode frem til 2010, skal disse kontorene samordnes med deler av den kommunale sosialtjenesten. Jeg bruker likevel de gamle betegnelse i denne avhandlingen, først og fremst fordi dataene som benyttes her ble samlet inn før denne sammenslåingen.

prinsippene for slik planlegging og har derfor ikke laget en spesiell mal for hvordan slike planer skal se ut. En stor del av kommunene har derfor selv laget egne maler (Norman, Sandvin & Tømmesen 2003:72).

I tillegg har forskningsstiftelsen SINTEF laget en særskilt mal for individuelle planer i psykisk helsearbeid. Denne malen inneholder også et eget kartleggingsverktøy. Ingen av kommunene i min undersøkelse har tatt i bruk denne malen.

SKUR har også fått ansvar for å gjennomføre et nasjonalt etterutdanningsopplegg i (re)habilitering og individuelle planer. SKUR har alliert seg med lokale kursarrangører (stort sett høyskoler) og kurset har vært gjennomført i alle fylker. Det har ikke vært tildelt statlige midler til selve gjennomføringen av disse kursene, og deltakerne har derfor måttet betale deltakeravgift. Slike kurs er også tilbudt av en del kommersielle aktører.

## **1.2 Oppbygging av avhandlingen**

Jeg skal i dette punktet gi en beskrivelse av de ulike delene av denne avhandlingen.

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for hva en individuell plan er og en del av den utviklingen som er skjedd siden forslaget om slike planer ble satt frem. Det innebærer at jeg tar med litt om selve lovvedtaksprosessen og senere endringer og utvidelser av lovvedtak. Jeg vil også gjøre rede for hvordan ordningen med individuelle planer er blitt implementert i helsesektoren.

Individuelle planer er, som jeg skal komme tilbake til, etablert som en ordning for hele helse- og sosialsektoren. Mitt fokus avgrenser seg til *psykisk helsearbeid*. I psykisk helsearbeid har individuelle planer også blitt sett på som en strategi for å iverksette den opptrappingen av tjenestene for psykisk helsearbeid som Stortinget har vedtatt for perioden 1999-2007. Jeg skal derfor se litt nærmere på denne opptrappingsplanen og ikke minst på en del av de evalueringene som er gjort av denne planen.

Jeg ønsker også å vise hvilke rammer min undersøkelse foregår innenfor og hvordan forståelsen av disse er med på å styre hvordan jeg analyserer mine data.

Min undersøkelse gjelder psykisk helsearbeid, men avgrenses til det tilbudet som gjelder kommunene.

Et av de forholdene som etter min mening gjør individuelle planer i kommunepsykiatrien særlig spennende å se på, er at dette er organisasjonsoppskrifter som implementeres i en sektor der den profesjonelle frihet vanligvis har blitt oppfattet som stor. En presentasjon av generell profesjonsteori vil være utgangspunkt for drøfting av profesjonenes rolle i psykisk helsearbeid. Denne drøftingen vil også danne grunnlaget for de mer spesifikke presentasjonene av profesjonelt arbeid som jeg kommer tilbake til i det neste kapitlet og som er sentrale i mitt analysearbeid.

Teorikapitlet vil ta utgangspunkt i hvorfor vi har fått individuelle planer. Jeg vil gjennom presentasjon av ulike teorier og undersøkelser, vise at de problemene som individuelle planer er ment å motvirke, faktisk er reelle. Tanken bak dette er selvfølgelig at det ikke kan være særlig overraskende om jeg kommer frem til at individuelle planer virker etter hensikten, dersom de problemene som planene skal motvirke ikke har eksistert.

Jeg vil dernest vise at individuelle planer som løsning på disse problemene kan ha utgangspunkt i to ulike retninger. Den ene retningen er New Public Management (NPM)-strategien. Dette er en strategi som har til hensikt å overføre prinsipper fra privat næringsliv til offentlig forvaltning. Utgangspunktet er en oppfatning av offentlige tjenestetilbud som ineffektive og irrasjonelle. Økonomiske problemer i offentlig sektor generelt kan ut fra denne teorien løses gjennom effektivisering, bedre styring og planlegging. Individuelle planer kan dermed ses på som en del av denne tenkningen. Samtidig er det også en annen utvikling i offentlig virksomhet, og helsesektoren spesielt. Den handler om brukemedvirkning og brukerrettigheter. Helsesektoren har, som jeg skal vise, en lang historie med paternalisme og overstyring av brukerne. Brukergrupper og brukerorganisasjoner har derfor lenge hatt en strategi for å motvirke denne overstyringen gjennom økte rettigheter til brukerne. Jeg vil derfor vise at individuelle planer også kan ses på som et ledd i en slik strategi.

Det er ikke første gang man setter i verk slike reformer i offentlig forvaltning eller helsesektoren spesielt. Erfaringer fra disse viser at det ikke er sikkert at resultatet blir slik som man hadde forventet. Forklaringene på dette knyttes gjerne sammen med institusjonelle kjennetegn og prosesser ved sektoren. Jeg

skal derfor presentere en del av den ny-institusjonelle teorien og vise at på bakgrunn av denne teorien kan det være grunnlag for å forvente at implementeringen av individuelle planer ikke blir så entydig i tråd med intensjonene som forventet. Dermed vil utgangspunktet for min undersøkelse være en viss skepsis til at en slik reform som individuelle planer får de forventete resultatene.

I metodekapitlet vil jeg gjøre rede for hva som ligger til grunn for de valgene jeg har gjort i forhold til datasamlingen, hvordan datasamlingen ble gjennomført og hvordan de innsamlede data er bearbeidet.

I kapitel 5 presenterer jeg noen teoretiske perspektiver på profesjonelt arbeid og gir en presentasjon av hvordan arbeidet med de individuelle planene faktisk ble gjennomført.

Kapitel 6 handler om brukermedvirkning og individualisering. Jeg tar utgangspunkt i en drøfting av hva jeg legger i begrepet brukermedvirkning. På bakgrunn av en mer generell beslutningsteori vil jeg så skissere noen forutsetninger jeg mener må foreligge for at man skal kunne få til reell brukermedvirkning. Et av kjennetegnene på mange offentlige tjenester er nettopp standardisering. Det er derfor spennende å se om en individuell plan virkelig skaper slik individualisering som forutsatt. Videre vil jeg gjøre rede for hva de dataene jeg har samlet inn viser i forhold til brukermedvirkning. Dette danner så grunnlag for en videre drøfting av hvorvidt individuelle planer faktisk fører til brukermedvirkning.

Samarbeid og helhetlig tilbud er tema i det neste kapitlet. Der vil jeg ta utgangspunkt i både i profesjonsteori og generell organisasjonsteori for å drøfte både de utfordringene som ligger i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og i å velge hensiktsmessig organisering av tjenestene. Helhet handler også om samarbeid, men det er også noe mer: Helhet handler i tillegg om at tjenestene forholder seg til alle behovene til brukerne. Også her vil generell organisasjonsteori være et sentralt utgangspunkt for en drøfting av hvilke data som det er nærliggende å tro at jeg ville finne. Jeg vil også ta utgangspunkt i at norske kommuner for en stor del står fritt til selv å velge hvordan de vil organisere sine tjenester. De kommunene som jeg har samlet data fra har valgt ulike modeller, særlig interessant synes jeg det er at noen kommuner bruker bestiller-utfører modellen, mens andre ikke gjør det. Til slutt i dette kapitlet vil

jeg gå videre å presentere de dataene jeg har og drøfte disse resultatene opp mot de teoretiske perspektivene som ble skissert innledningsvis.

I det siste kapitlet vil jeg så sette de resultatene jeg er kommet frem til inn i en litt mer overordnet analyse, der jeg presenterer en del forklaringer på de resultatene jeg har funnet. En konklusjon på min undersøkelse er at det er åpenbar forskjell på teori og praksis. Det er ikke de individuelle planene i seg selv som gjør at det er vanskelig å realisere de intensjonene som planene skulle ivareta.

Til slutt vil jeg vise at det er et åpenbart misforhold mellom forventningen til hvordan arbeidet i kommunepsykiatrien foregår og realitetene. Rammene tjenesteyterne og brukerne arbeider i forhold til, er slike at det er svært vanskelig å yte et tjenestetilbud på grunnlag av brukernes egne mål, ressurser og behov. Dette skyldes ikke bare kommunenes ressursituasjon, men også de organisasjonsmodeller som brukes og de beslutningsprosesser som er etablert.

## 2 Individuelle planer

Etter lov om pasientrettigheter § 2-5, har pasienter ”som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester..” rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til individuelle planer er også hjemlet i lov om kommunehelsetjenesten. I utgangspunktet har både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hver for seg en plikt til å utarbeide individuelle planer, men hensikten med slike planer er å få til et samarbeid. Det er derfor en forutsetning at de ulike nivåene samarbeider om å utarbeide disse planene dersom pasienten har behov fra tjenesteyting fra flere nivåer.

Selv om det altså skal utarbeides individuell plan allerede mens en person er lagt inn på en spesialistinstitusjon, så vil jeg likevel fokusere på kommunehelsetjenesten. Dette begrunner jeg ut fra følgende forhold:

- En stadig større del av pasientene blir ikke innlagt på institusjon, men blir behandlet poliklinisk, der spesialisthelsetilbudet bare er en del av et mer omfattende tilbud.
- For de pasientene som blir innlagt på institusjon er likevel målet at planen skal skissere et tilbud også etter innleggelsen. Det er derfor ønskelig at det foregår et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten allerede fra første øyeblikk
- Det er særlig utenfor institusjonene det er behov for å koordinere ulike tilbud. Det er derfor det som skjer med utgangspunkt i kommunehelsetjenesten som stiller de ansatte overfor de største utfordringene.

### ***2.1.1 Målsetting***

I forskriften om individuelle planer skisseres følgende målsetting:

## § 2. Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er

- a. å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- b. å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- c. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Dette utdypes blant annet i veiledningen fra Sosial- og helsedirektoratet (2001)<sup>2</sup>, der det legges det vekt på flere forhold, men særlig legges det stor vekt på brukarmedvirkning. I denne sammenhengen oppfatter jeg det slik at dette betyr at pasienten selv skal delta aktivt i utformingen av planen og skal på den måten ha innflytelse på hvilke mål som skal settes og hvilke overordnede valg som skal gjøres. Jeg kommer mer tilbake til en nærmere drøfting av hvordan jeg oppfatter dette begrepet senere. Det legges også stor vekt på at en individuell plan skal bidra til realistiske forventninger. Selv om brukeren skal være med på å utforme innholdet i en individuell plan, så er det viktig at planen utformes i forhold til hva som er faglig forsvarlig og økonomiske realistisk. Tjenesteyter og bruker må derfor bruke noe tid på å avklare hvilke forventninger som kan la seg realisere. Virkningen av dette vil forhåpentligvis være at både bruker og tjenesteyter har klart for seg hvilke forventninger og forpliktelser som rettes mot dem.

En annet sentralt begrep er samordning. Målet er altså samordning av tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet har som mål at de ulike tjenestene som ytes skal bli samordnet bedre ved bruk av individuelle planer.

---

<sup>2</sup> I forbindelse med innføringen av individuelle planer, ble det laget en veileder i 2001. I 2005 ble denne veilederen avløst av en ny. Jeg har i hovedsak forholdt meg til den første veilederen, fordi det var denne som var gjeldende da jeg samlet inn mine data.

Det vil si at de ulike tjenestetilbudene kan planlegge sin innsats i forhold til det tilbudet andre yter. Samordning, er for meg, ikke et så entydig begrep som det synes som om både forskrift og veileder legger opp til. Jeg vil derfor komme tilbake med en mer utfyllende drøfting av hva innholdet i dette begrepet kan være.

Helse- og sosialsektoren har vært preget av en viss skepsis overfor det stadig økende kravet til skriftliggjøring både av dokumentasjon og planer. Argumentasjonen har gjerne vært at økt skriftliggjøring gir mer kontorarbeid og reduserer den tiden som skal brukes i direkte kontakt med brukerne. Likevel er en av veilederens mål med den individuelle planen mer rasjonell tids- og ressursbruk. Begrunnelsen for dette er at klare individuelle planer forventes å kunne medføre besparelser på lang sikt. Dette skyldes delvis at god planlegging kan redusere problemer som ellers oppstår fordi man med planlegging i større grad er forberedt på hva som kan skje. Delvis er det forventninger til at planlegging kan redusere akuttinnleggelser og svingdørsproblematikk.

Individuelle planer vil også ha et element av kvalitetssikring i seg. Dette gjelder både i forhold til å synliggjøre de faglige vurderingene som ligger til grunn og i forhold til dokumentasjon og rettssikkerhet for pasienten. Den individuelle planen kan for eksempel i ettertid brukes til å se om det tilbudet som har vært gitt faktisk har vært tilpasset de målene som var skissert.

Forskriftens § 2 trekker som vi har sett frem at målsettingen med den individuelle planen er ”å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud”. I tillegg mener jeg at det også ligger klart implisitt både i lovforarbeidene og i veilederen, at styrket brukermedvirkning er en del av de overordnede målene med individuelle planer. På denne bakgrunnen skal jeg trekke frem fire temaer som jeg mener er sentrale mål med de individuelle planene og som derfor skal være fokus for denne undersøkelsen. Disse temaene, som jeg skal komme tilbake til etter hvert, er

- brukermedvirkning
- individuell tilpasning
- samordning
- helhetlig tilbud



### ***2.1.2 Innholdet i en individuell plan***

Utgangspunktet er altså at den individuelle planen skal være tilpasset hver enkelt bruker. Slik sett vil alle individuelle planer bli forskjellige. Likevel er det i forskrift om individuelle planer (§ 7) fastsatt at en individuell plan skal inneholde en del sentrale elementer:

Planen skal først og fremst inneholde en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester. Denne delen må ta utgangspunkt i pasientens egne mål og behov for tjenester, slik disse fremkommer i samarbeid med tjenesteyterne. Det er altså ikke tjenesteyterne som skal formulere mål og behov, men pasientene. Dersom pasienten har vansker med selv å formulere mål og behov, bør pårørende få en sentral plass i dette arbeidet. I den første forskriften som gjaldt frem til og med 2004, var begrepet ressurser ikke tatt med. Det er derfor åpenbart at det nå anses som svært sentralt at den individuelle planen skal bygge på de ressursene brukeren og vedkommendes nærmiljø representerer.

Et viktig element i den individuelle planen er en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen. Slik både forskriften og lovverket ellers er formulert, er det tydelig at det bare er helse- og sosialtjenestene som trekkes inn i denne sammenhengen, fordi det bare er disse tjenestene som er pålagt å delta i arbeid med individuelle planer. Det er likevel klart at her ligger det et utviklingspotensial ved at det opprinnelig bare var helsetjenesten som var pålagt slik deltakelse; nå er også sosialtjenesten pålagt det samme. Det foreligger også konkrete forslag om å pålegge a-etat, trygdeetaten og opplæringssektoren det samme. Koordinator er den som gis særlig ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften av planen, dette skal være en ansvarlig tjenesteyter. Ansvar for at en plan blir laget og realisert, skal altså legges til en bestemt person. Dette bør trolig være den personen som har den mest sentrale rollen i forhold til koordineringen av tjenestetilbudet. Uansett skal det i hver enkelt sak vurderes hva som er mest hensiktsmessig i den konkrete situasjonen. I dette arbeidet er det også en forutsetning at tjenestemottakeren skal ha en sentral rolle og at vedkommende skal delta aktivt.

Planen skal også inneholde en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem – de tiltak som beskrives skal være et resultat av de mål og behov som pasienten har formulert. Likevel må tiltakene som beskrives være realistiske. Planen gir i seg selv ikke rettigheter til tjenestene. Det er de konkrete lovreglene som avgjør dette. En plan må derfor utformes slik at den er realistisk

i forhold til de regler som gjelder og den ressursituasjon som foreligger. Det er viktig at planen ikke forespeiler pasienten tiltak som det er liten grunn til å tro lar seg realisere. I forskriften heter det også at planen skal inneholde en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres. Dette innebærer likevel ikke at alle detaljer knyttet til når og hvordan hvert enkelt tiltak skal gjennomføres, må beskrives. Det er viktig å understreke at den individuelle planen skal være en overordnet plan og at detaljene hører hjemme i delplaner.

Det er også krav om at planen skal inneholde en oversikt over hva pasienten og tjenesteyterne skal bidra med i planarbeidet: *Hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvem som har ansvaret* for at de ulike tiltakene som blir beskrevet, blir utført. I noen tilfeller fordeles dette ansvaret mellom ulike tjenesteytere, men i mange sammenhenger er det også viktig å synliggjøre de forventninger og avtaler man har i forhold til hva pasient og eventuelt pårørende skal bidra med. På samme måte som de tiltakene som tjenesteyterne skal bidra med må være realistiske, må også de tiltakene pasient og pårørende skal bidra med være realistiske i forhold til deres situasjon.

Utgangspunktet er at planlegging handler om intensjoner. Det betyr at en individuell plan skal ha en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen. En individuell plan er en fremdriftsplan for hvordan de ulike tiltakene skal iverksettes. Likevel må ikke en slik plan bli en tvangstrøye, og den må derfor kunne revideres ved behov. Uansett om behov for revisjon oppstår, bør man ha fastsatt bestemte tidspunkter der man evaluerer de tiltak som er iverksatt og eventuelt vurderer om mål bør endres, og/eller om andre tiltak kan være mer virkningsfulle.

Brukerne skal gi sitt samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Med unntak av pasienter som er under tvungen psykisk helsevern, skal pasienten gi sitt samtykke til at det utarbeides individuell plan. De ordinære reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og forvaltningsloven gjelder også ved utarbeidelse av individuelle planer og gjennomføringen av tiltakene. Bl.a. for å unngå misforståelser om hva som kan formidles videre og for å unngå at pasienten må fortelle sin historie mange ganger, vil det vanligvis være fornuftig å synliggjøre hvem som kan få del i taushetsbelagte opplysninger og hvilke av disse opplysningene som kan formidles til hvem.

De tjenestene som ennå ikke er pålagt å delta i arbeidet med en individuell plan, skal beskrives gjennom en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater. Den individuelle planen skal sikre et mest mulig helhetlig tilbud. De ulike etater som er nødvendige for å få til et slikt tilbud, bør derfor trekkes inn, selv om de ikke eksplisitt er pålagt å delta i arbeidet med en slik plan. Planen må utformes på en slik måte at den er forståelig for pasienten. Det vil si at den må ta hensyn til pasientens evne til å lese slike dokumenter. Det må tas hensyn til om pasienten har annet hovedmål enn norsk. Planen må også utformes slik at den tar hensyn til pasientenes normer og verdier (kulturelle bakgrunn). I denne sammenhengen er det særlig viktig å forholde seg til at for eksempel innvandrere kanskje har andre prioriteringer enn det som flertallet ellers synes å ha.

En individuell plan skal være enkel og oversiktlig. Behovet for mer detaljerte planer kan løses ved å lage delplaner for hver tjenesteyter/etat. Det vil si at den individuelle planen skal vise hvordan de ulike etatene samarbeider og hvordan fremdriften i tilbudet skal være. Velger vi et eksempel med en skoleelev som har vært utsatt for en alvorlig trafikkulykke, kan for eksempel fysioterapeuten lage en plan for hvordan den fysiske rehabiliteringen skal foregå og skolen lage en egen opplæringsplan for å vise fremdriften i skolegangen.

### ***2.1.3 Individuell plan – individuell planlegging***

Lovverket bruker formuleringen ”....har rett til å få utarbeidet individuell plan...” (pasientrettighetsloven § 2-5) og ”....Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan...” (Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a). Begrepet plan kan være noe problematisk i denne sammenhengen. Begrepet ”plan” kan referere til selve plandokumentet, men kan også oppfattes som et resultat av en prosess. Det kan ikke være tvil om at mange er opptatt av selve plandokumentet. Forskriftens fokus på hva en slik plan skal innholde, er trolig en medvirkende årsak til dette. I tillegg registrerer jeg at kontrollmyndigheter jevnlig er opptatt av antall individuelle planer og at man i ulike sammenhenger har kritisert sektoren for at det er for få planer. Dersom fokus er plandokumentet, så vil dette kunne føre til at tjenesteyterne, kanskje særlig koordinatorene som er sekretærer for planen, blir opptatt av å beskrive tiltakene. Bruk av maler kan også bidra til at tjenesteyterne legger vekt på å fylle ut de ulike punktene i malen.

En alternativ måte er å oppfatte plan som en planleggingsprosess. I så fall vil regelverket måtte forstås som en plikt til å gjennomføre en planleggingsprosess. Den siste veiledningen om individuelle planer fra Sosial- og helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet 2005) består av to deler: Én del der man gjennomgår regelverket og en del der man i større grad gir råd om hvordan man skal utarbeide en individuell plan. Den regelorienterte delen bruker bare lovverkets begrep *individuell plan*. I den andre delen derimot brukes begreper som *individuell planlegging* og *planleggingsprosessen*. Disse beskrivelsene viser tydelig at intensjonene ikke er å få frem et plandokument, men at man er opptatt av at tjenestene skal samarbeide om å planlegge et tjenestetilbud (Sosial- og helsedirektoratet 2005:18).

Jeg legger derfor til grunn for denne undersøkelsen at plikten til å utarbeide en individuell plan, innebærer at tjenesteapparatet har plikt til å gjennomføre en planleggingsprosess. På samme måte oppfatter jeg retten til en individuell plan og retten til å delta i utarbeidelsen av denne som en rettighet der man har rett til å delta i en planleggingsprosess. Jeg skal siden komme tilbake til at heller ikke planlegging er et entydig begrep, jeg skal derfor så langt bare konkludere med at denne måten å oppfatte en individuell plan danner grunnlaget for hvordan denne undersøkelsen er lagt opp. Mitt fokus er i liten grad de konkrete plandokumentene, jeg er først og fremst opptatt av hvordan man gjennomfører selve planleggingsprosessen og i hvilken grad denne bidrar til at man utarbeider et tjenestetilbud som er helhetlig og koordinert, individuelt tilpasset og bygget på brukermedvirkning.

## **2.2 Andre relevante undersøkelser**

Da jeg startet denne undersøkelsen, var det så kort tid siden ordningen med individuelle planer var etablert at det naturlig nok ikke forelå noen forskning om dette emnet. I slutfasen av mitt prosjekt (høsten 2006) gir et søk i den nasjonale forskningsdatabasen FORSKDOK omtrent 50 treff på individuell plan. Hovedtyngden av disse treffene er likevel ikke knyttet til forskning, men derimot til formidling. En stor del av disse treffene er knyttet til Statens kunnskapssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) som ble opprettet i mai 2000 (Thommesen, Normann & Sandvin 2003). SKUR har hatt en helt spesiell rolle i forhold til individuelle planer.

SKUR er gitt følgende mandat:

- Samle og systematisere den kunnskap som allerede finnes og etablere rutiner for formidling og spredning av denne kunnskapen.
- Etablere kunnskapsnettverk mellom relevante kompetansemiljøer og være motor i driften av nettverket, herunder etablering av informasjonsrutiner og gjennomføring av årlige samlinger.
- Stimulere til forskning på ulike problemstillinger i ulike deler av nettverket og selv gjennomføre forskning, i første omgang spesielt rettet mot erfaringer med og modeller for å få realisert individuelle planer, brukermedvirkning, samarbeid, fornuftig kommunal organisering slik det er skissert i St.meld. nr. 21 (1998-99): Ansvar og meistring Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk.
- Initiere og følge opp prosjektbasert utviklingsarbeid og sørge for at utviklingstiltak/prosjekter blir evaluert og erfaringene formidlet.
- Delta i utredninger, planlegging og gjennomføring av undervisning både på grunn- og videreutdanningsnivå.
- Holde seg oppdatert med henblikk på utviklingen av rehabiliteringsfeltet, nasjonalt og internasjonalt, og sørge for informasjon til statlig forvaltning, fylkeskommuner og kommuner, samt frivillig sektor, og gi departementene og andre råd om hvilke områder som bør styrkes kunnskaps- og kompetansemessig.

[www.skur.no](http://www.skur.no) 07.08.2006

SKUR ble nedlagt den 31.12.2006, men før dette var virksomheten sentral i arbeidet med å implementere individuelle planer. Konkret betyr dette at SKUR hadde hovedansvaret for å utarbeide den første veilederen for individuelle planer og for å utarbeide og gjennomføre en landsdekkende etterutdanning i rehabilitering og individuelle planer. I tillegg har ansatte og andre personer tilknyttet SKUR, stått for en omfattende produksjon av ulike rapporter og notater der det faglige og ideologiske grunnlaget for rehabilitering og individuelle planer er blitt presentert. SKUR har også samlet inn en del data om rehabilitering og individuelle planer. Disse dataene er presentert og analysert i to bøker (Normann, Sandvin & Thommesen 2003 og Thommesen, Normann & Sandvin 2003). I forhold til min avhandling, synes disse to bøkene å være

relevante, selv om undersøkelsen i hovedsak bygger på erfaringer med andre tjenesteområder enn psykisk helsearbeid.

Undersøkelsen til SKUR bygger på erfaringene til en gruppe ”pionerer”. Det vil si at både kommuner, tjenesteytere og tjenestemottakere som undersøkelsen bygger på er representanter for de som først tok ordningen med individuelle planer i bruk. Konklusjonen i denne undersøkelsen er at individuelle planer representerer noe godt nytt. Særlig viktig er det at arbeidet bygger på en rehabiliteringsideologi der fokus er like mye på ressurser som på problemer. Erfaringene tyder også på at skriftliggjøring og en mer systematisk og helhetlig tilnærming til tjenestetilbudet er positive resultater av arbeidet med individuelle planer. Tilbakemeldingene fra tjenestemottakerne tyder på at bruk av ansvarsgrupper oppleves som en belastning for en del av disse. Rapporten understreker likevel at det er stor forskjell på ansvarsgrupper som fungerer etter intensjonene og ansvarsgrupper som ikke fungerer. Det understrekes derfor at ansvarsgrupper ikke er en nødvendig del av arbeidet med individuelle planer.

Rollen til koordinatorene fremheves som en sentral suksessfaktor i arbeidet med individuelle planer. I det materialet som forskerne har samlet inn, er det tydelig at koordinatorene har vært viktige både for å få gjennomført arbeidet med den individuelle planen og for at tjenesteyterne på denne måten har en sentral person å forholde seg til i forhold til det som tidligere ble oppfattet som et fragmentert tjenesteapparat. Denne undersøkelsen har mange interessante poenger og analyser som jeg skal komme tilbake til siden.

Forskningsstiftelsene SINTEF og NIBR (Norsk institutt for by og regionforskning) har hatt et hovedansvar for å gjennomføre evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse. En del av de rapportene som er utarbeidet ved disse forskningsstiftelsene har vært viktig bakgrunnsstoff for min undersøkelse, men ingen av dem har vært direkte rettet mot mitt tema. SINTEF har sammenlignet tjenestetilbud og brukertilfredshet ved 8 Distriktpsykiatriske sentra (DPS'er) i 2002 og 2005 (Ruud m. fl. 2006:28). Resultatene fra denne undersøkelsen viser at det har vært en markert økning i tjenestemottakere som har individuelle planer. I 2002 var andelen som hadde individuell plan 10%, mens den i 2005 var 22,6%. Undersøkelsen viser også at DPS'ene i løpet av perioden har økt samarbeidsrelasjonene med andre vesentlig i løpet av perioden. Likevel kan man ikke registrere noen signifikant økning i brukertilfredsheten i denne perioden. Undersøkelsen konkluderer derfor med at

”Vi kan foreløpig ikke svare på om økning i individuelle planer bidrar til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet.” (s 5)

Trine M. Myrvold og Marit Helgesen har i flere rapporter (Myrvold 2005 & 2006, Helgesen 2004, og Myrvold & Helgesen 2005) sett nærmere på utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene som et resultat av opptrappingsplanen for psykisk helse. I den forbindelse har de også sett nærmere på bruken av individuelle planer og ansvarsgrupper. Det synes klart at de ansattes holdning til bruk av individuelle planer spriker mye (Myrvold & Helgesen 2005:60). Argumentene mot individuelle planer varierer fra praktiske og ressursmessige begrensninger til vurderinger som at brukerne ikke selv vil ha slike planer. Likevel er det også informanter som har gode erfaringer med bruk av individuelle planer. Interessant er det å legge merke til at undersøkelsen tyder på at i de kommunene der man er kommet lengst i arbeidet med individuelle planer, der er også holdningene til de ansatte mest positive. På samme måte viser undersøkelsen at holdningen til bruk av ansvarsgrupper også varierer. Likevel konkluderer forskerne at ”Ansvarsgrupper synes å være et vel innarbeidet arbeidsredskap..” (s 63).

Det private firmaet Rehab-Nor har tidlig engasjert seg med konsulentoppdrag knyttet til rehabilitering og individuelle planer. Bl.a. har det hatt en sentral rolle i forhold til utvikling av arbeidet med individuelle planer i Tvedestrand kommune. Dette er dokumentert i en egen rapport (Berge & Lorentsen 2003). Denne rapporten fokuserer i stor grad på hvordan arbeidet med individuelle planer skal foregå og har hovedfokus på arbeidet til koordinatorene. Slik sett er den et interessant innspill i forhold til min undersøkelse. Hovedkonklusjonen i rapporten er at individuelle planer ikke blir en suksess av seg selv. Dersom man skal få positive resultater av arbeidet med individuelle planer, er dette avhengig av at tjenestemottakere, fagpersoner og systemet/organiseringen fungerer hver for seg og sammen (Berge & Lorentsen 2003:1). Rapporten bygger på erfaringer med i alt 11 individuelle planer, fordelt på 9 koordinatorene. Innføring av individuelle planer i Tvedestrand bygger strengt tatt på tre prosjekter som Rehab-Nor har ledet. Det første prosjektet ”Metodikk og verktøy i praktisk rehabiliteringsarbeid”, dernest ”Lokal organisering av rehabiliteringsarbeid” og til sist ”Individuelle planer med fokus på livskvalitet”. Disse prosjektene har gått over en periode på ca 5 år. Viktige elementer her har vært opplæring og oppfølging av de ansatte. Utvikling av en ny grunnleggende rehabiliteringsideologi har vært sentral i alle prosjektene. Tilbakemeldingene

som beskrives i rapporten tyder på at de ansatte i stor grad har adoptert ideologien og har ønsket at individuelle planer skal være et middel til å gjennomføre endringer i tråd med denne. Selv om rapporten beskriver et vellykket prosjekt, så viser den likevel at innføringen av individuelle planer setter både tjenestemottakere, fagpersoner og systemet/organiseringen overfor store utfordringer. Både de resultatene og de utfordringene som skisseres i denne rapporten synes å være relevante for min undersøkelse og jeg vil derfor komme nærmere tilbake til denne siden.

Flermoen (2005) har sett på hvordan kommunene som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse tilrettelegger for arbeids- og fritidstiltak. I den sammenhengen har også bruken av individuelle planer blitt vurdert. I begynnelsen av evalueringsperioden (2002) var bruken av individuelle planer mindre viktig enn det forskerne hadde antatt på forhånd (Flermoen 2005:20). Ut over i evalueringsperioden (frem til 2004) synes individuelle planer å bli mer vanlig. Likevel er tilbakemeldingene ikke entydige på at individuelle planer er et hensiktsmessig hjelpemiddel. Noen koordinatorene mener at slike planer bidrar til brukermedvirkning, til å sette i gang prosesser og til å avklare ansvarsforhold. De som er negative til slike planer fremhever at det er vanskelig å få tjenestemottakerne selv til å engasjere seg i planarbeidet, at det er ressurskrevende å utarbeide slike planer og å følge dem opp.

Giske Holck (2004) har sett nærmere på hvordan kommunene organiserer helhetlig tjenestetilbud overfor barn og unge med funksjonsnedsettelser. I hennes avhandling er arbeidet i ansvarsgrupper sentralt. Holck er stort sett kritisk til hvordan disse ansvarsgruppene fungerer. Hennes konklusjon er at det er vanskelig å yte helhetlige tjenestetilbud fordi hele den kommunale organiseringen ikke er tilpasset og innstilt på å yte helhetlig tjenester. Dette er et grunnleggende problem med den kommunale virksomheten som hun mener at ikke endres i særlig grad ved å benytte individuelle planer og ansvarsgrupper. Hennes konklusjoner og drøftinger er etter min mening klart relevante i forhold til de resultatene jeg har funnet. Denne avhandlingen vil jeg derfor også komme mer tilbake til senere i min egen avhandling.

Det foreligger et omfattende datamateriale over hvor mange som får individuelle planer, det også er skrevet mange veiledere og artikler om hva innholdet i individuelle planer skal være; likevel er det lite materiale som analyserer hvordan man faktisk gjennomfører arbeidsprosessen rundt en



individuell plan. Det er derfor begrenset med annen forskning knyttet til arbeid med individuelle planer. Jeg har valgt å dele min avhandling opp i forhold til de fire målene som jeg mener er sentrale i forhold til individuelle planer: *Brukermedvirkning, individualisering, samarbeid og helhet*. Selv om det foreligger lite forskning knyttet til individuelle planer, er det ikke noe problem å finne forskning knyttet til hver av de fire begrepene. Jeg har derfor et rikholdig forskningsfelt å forholde meg til i forhold til denne avhandlingen. En viktig utfordring for meg er derfor å finne forskning som er relevant i min sammenheng og sette dette inn i den større helheten som en individuell plan forventes å være.

Individuelle planer er ikke bare et nasjonalt fenomen. Slike planer finnes også i Sverige og Danmark. I Danmark har Videnscenter for Socialpsykiatri hatt en tilsvarende rolle innefor den lokalt baserte tjenesten for psykisk helsearbeid som SKUR har hatt i Norge. Dette senteret har både gjennomført evalueringer og tilbudt et nettbasert diskusjonsforum der ansatte i tjenestene kan utveksle erfaringer. Det gjennomføres for tiden flere undersøkelser på handleplaner (dansk betegnelse på individuelle planer) i psykisk helsearbeid, men bortsett fra en rapport (Abildtrup & Neidel 2003), er lite publisert så langt. I tillegg har Videnscenter for Socialpsykiatri utarbeidet en rapport, Juliussen (2004), om ulike sider ved å ta i bruk individuelle planer.

I Sverige har man hatt ordningen med individuelle planer siden 1994 (LSS 1993). Sven Jarhag (2001) har gjennomført en undersøkelse av individuelle planer, men heller ikke han fokuserer på tjenestene for psykisk helsearbeid. Socialstyrelsen har gjennomført flere undersøkelser, men disse er først og fremst enkle evalueringer og bidrar lite med analyser av hvordan arbeidet med individuelle planer har foregått. Et interessant poeng med individuelle planer i Sverige er likevel at man der har etablert ordninger med egne koordinatører for planene. Mens man i Norge og Danmark tillegger ansvaret for den individuelle planen til en av dem som ordinært yter tjenester til tjenestemottakeren, så er det i Sverige opprettet egne spesialiserte stillinger for de som skal koordinere tjenestetilbudet.

Hvorvidt det finnes tilsvarende ordninger med individuelle planer i andre land er jeg ikke kjent med, men ideologien bak slike planer synes delvis å sammenfalle med andre typer tilnærminger til arbeid i psykisk helsearbeid. Særlig relevant synes jeg tankene om "Case management" (Onyett 1998) og

”Assertive community treatment” (Marshall & Lokwood 1998) er. Case management er først og fremst kjennetegnet ved bruk av en case manager som skal organisere tjenestetilbudet rundt tjenestemottakeren. Case manageren synes å ha en rolle som minner sterkt om den rollen koordinatoren i forhold til den individuelle planen skal ha (Onyett 1998). Assertive community treatment handler mer om å sette sammen faste tverrfaglige team. Disse teamene skal så ha et felles ansvar for hele tjenestetilbudet til tjenestemottakerne. Cochrane har oppsummert den internasjonale forskningen knyttet til disse to modellene (Marshall & Lokwood 1998, Marshall, Gray, Lokwood & Grey 1998) og selv om ikke alle resultatene er entydige, er deres konklusjon tydelig nok. Case management er en kostnadskrevende ordning uten positiv effekt på tjenestemottakernes helsetilstand (Marshall, Gray, Lokwood & Grey 1998). Assertive community treatment derimot har klare positive virkninger i form av reduserte tilbakefall til institusjonsbehandling, kortere liggetid ved innleggelse og reduserte utgifter (Marshall, Gray, Lokwood & Grey 1998). Det må likevel understrekes at begrepsbruken knyttet til case-management er nokså uklar. I Onyetts (1998) sin fremstilling har også team en sentral plass, i tillegg til de oppgavene som legges til koordinatorene.

### 3 TEORETISKE PERSPEKTIVER

Jeg skal i dette kapitlet trekke frem noen teoretiske perspektiver på individuelle planer og de mål slike planer er ment å ivareta.

Kapitlet vil bestå av tre hoveddeler:

I den første delen vil jeg se nærmere på begrunnelsen for å lage en ordning med individuelle planer. Det er etter min mening to hovedbegrunnelser for denne ordningen. Den pragmatiske begrunnelsen er at det faktisk er en del mangler ved det tilbudet som brukere i psykisk helsearbeid har fått og at individuelle planer er ment å motvirke noen av disse manglene. Den andre begrunnelsen for individuelle planer bygger mer på en ideologisk tilnærming med en generell kritikk av offentlig virksomhet og ønske om å bruke prinsipper fra privat næringsliv som løsning.

Den andre delen vil vise hvordan individuelle planer blir svaret på den kritikken som er reist mot tjenestene for psykisk helsearbeid spesielt og offentlig virksomhet generelt. Det er min mening at individuelle planer er en del av en mer overordnet samfunnsutvikling. Jeg skal derfor i dette kapitlet vise hvordan individuelle planer kan forstås ut fra to sentrale politiske utviklingstrekk de siste årene:

- En generell endring av offentlig tjenesteyting, vanligvis betegnet som "New Public Management" (NPM)
- En tydelig styrking av funksjonshemmedes rettigheter i samfunnet

Disse utviklingstrekkene er ikke nødvendigvis sammenfallende, men i dette tilfellet skal jeg vise at de begge trekker i samme retning. En forklaring på at forslaget om individuelle planer har fått så sterkt gjennomslag, er derfor at disse har vært svaret på flere ulike strategier

Iverksettelse av individuelle planer er tjenesteyternes ansvar. Andre undersøkelser viser at tiltak som implementeres i en organisasjon, ikke nødvendigvis fungerer etter intensjonene. Med utgangspunkt i såkalt ny-institusjonell teori (Peters 1999, March & Olsen 1989) vil jeg vise noen av de utfordringene som en slik implementering kan møte. Disse teoretiske

perspektivene vil tilslutt danne utgangspunkt for de forskningsspørsmålene som ligger til grunn for denne undersøkelsen.

### **3.1 Hvorfor individuelle planer?**

Fokus på psykisk helsearbeid og tjenestetilbudet i denne sektoren ble særlig tydelig i forbindelse med at regjeringen i 1997 la frem St.meld.nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudet”. I forbindelse med behandling av denne meldingen uttalte Stortingets sosialkomité følgende:

Komiteen viser til at ansvaret for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er delt mellom forvaltningsnivåene. Ansvaret for tjenestene er også fordelt på en rekke forskjellige instanser på de ulike forvaltningsnivåer. Mennesker med psykiske lidelser vil ofte være avhengig av tjenestetilbud fra flere forvaltningsnivåer. Det er derfor helt nødvendig med et utstrakt samarbeid og samordning av tjenester. Det må også settes i verk tiltak som motvirker at enkelte mennesker blir kateballer i systemet uten at noen føler ansvaret for å gi et tilbud. (Inst.S nr 258 (1996-97))

Videre uttalte komiteen også:

Komiteen vil peke på at folk som har behov for mer sammensatte tjenester, ofte kan oppleve hjelpeapparatet uoversiktlig og vanskelig å finne fram i. Dette stiller store krav til samarbeid mellom ulike tjenestetyper både innad i en kommune, kommunene imellom og mellom forvaltningsnivåene. Samordningen fungerer ikke godt nok i dag (Inst.S nr 258 (1996-97))

Departementet mente at slike problemer kunne løses ved bedre planlegging og uttalte derfor at:

Departementet vil videre vurdere å innføre en lovpålagt plikt for kommunene til å utarbeide individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester

Komiteen var av den oppfatning at dette ikke var noe å vurdere, men at man kom til følgende konklusjon:

Komiteen mener det vil være av stor betydning å innføre en lovpålagt plikt for kommunene til å utarbeide koordinerte og individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester.

Utgangspunktet er altså ikke at det er kjennetegn ved brukerne som er årsaken til at man trenger individuelle planer. Det er derimot ulike svakheter ved det tjenestetilbudet som i dag eksisterer som er begrunnelsen for å opprette og ha en ordning med individuelle planer. De siste årene har det vært gjennomført flere kvalitative undersøkelser og analyser av situasjonen for brukere av helse- og sosialsektoren. En omfattende og oppdatert fremstilling finnes blant annet i NOU 2001:28 "Fra bruker til borger". I tillegg er det en rekke andre mer avgrensede undersøkelser av hvordan brukerne av helse- og sosialtjenesten opplever de tjenestetilbudene som eksisterer (for eksempel Lillestø 1997, Eide 2000). St. meld. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" dannet også grunnlaget for en økonomisk opptrappingsplan i psykisk helsearbeid. Halvveis ut i opptrappingsplanen rapporterer Rådet for psykisk helse (2003) at situasjonen er lite endret i forhold til den beskrivelsen som er gitt tidligere.

Hva er det da ved disse tjenestene som bidrar til at de problemene som er skissert foran oppstår? Jeg vil her innledningsvis skissere to kjennetegn ved det offentlige hjelpeapparatet som jeg mener begrunner behovet for individuelle planer (Hansen 2001:85-91):

- Byråkratiske kjennetegn ved tjenestene
- Profesjonsstyring av tjenestene

### ***3.1.1 Byråkrati***

Offentlig forvaltning beskrives vanligvis som byråkratier. Prinsippene for hvordan et byråkrati fungerer knyttes gjerne sammen med den tyske sosiologen Max Weber. Han skisserte allerede i 1922 en del grunnleggende kjennetegn ved

byråkratiet (Weber 1971:107-115). De viktigste av disse kan kort beskrives i følgende punkter:

- I en byråkratisk organisasjon har man faste kompetanseområder og en formalisert arbeidsdeling
- Man har en klar hierarkisk organisasjon, slik at man alltid vet hvem som er over- og underordnet og slik at de overordnede skal kontrollere de underordnede.
- Saksbehandlingen er formell og skriftlig, og dokumentene som blir utarbeidet skal arkiveres for ettertiden
- Saksbehandlingen bygger på skrevne regler og retningslinjer
- De ansatte skal være nøytrale og uavhengige og skal ta avgjørelser uavhengig av brukernes status etc.
- Spesialisering

Denne styringsformen søker å ivareta viktige prinsipper som rettssikkerhet, likebehandling og demokratisk styring. Når en avgjørelse følger bestemte regler og beslutningsprosessen er skriftliggjort, kan man i ettertid vurdere i hvilken grad reglene er fulgt eller om utenforliggende hensyn er lagt til grunn for avgjørelsen. Dette innebærer at den enkelte i ettertid kan klage og eventuelt dokumentere grunnlaget for sin klage fordi grunnlaget for avgjørelsen er skrevet ned. Dette er viktige prinsipper i forhold til rettssikkerheten. En byråkratisk avgjørelsesprosess bidrar til at forholdet mellom brukerne og ansatte blir formalisert og at ikke sym- eller antipatier påvirker avgjørelsene. Det er reglene som bestemmer hvilke tilbud brukerne skal ha – ikke personlige vurderinger fra den som yter tjenestene.

Den byråkratiske organisasjonen har likevel noen svakheter (Rønning & Solheim 1998:109-111). Først og fremst er problemet at byråkratiet gjør likebehandling til en grunnstein. Dette er bra dersom alle har de samme behovene, men dersom brukerne har ulike behov, så er det vanskelig å tilpasse reglene til disse. I tillegg forutsetter byråkratiet at løsningene på problemene er kjente og entydige. Også det er en forutsetning som er problematisk i forhold til helse- og sosialtjenesten. I noen tilfeller er det enkelt å finne løsningen på et gitt problem. Eldre mennesker som stor sett klarer seg selv, men har problemer med å klare tyngre husarbeid, kan gis hjelp ved å få hjemmehjelp i huset. Derimot er det ikke alltid like klart hva som skal til for å rehabilitere mennesker med psykisk lidelser. Hjelper utdanning, økonomisk støtte eller arbeidstrening?

I slike tilfeller kan det være nødvendig med mer prøving og feiling for å finne løsningen.

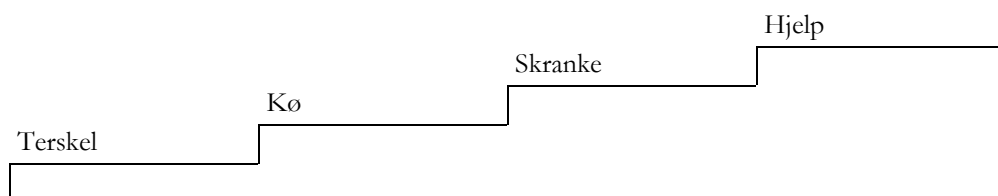
Hvilke konsekvenser får så dette byråkratiet for brukerne? Jeg skal trekke frem to poenger: Tilgjengelighetsproblemer og oppdelelige tjenestetilbud.

### ***3.1.2 Tilgjengelighetsproblemer***

Et sentralt problem ved byråkratiet er at tjenestene ikke alltid er like tilgjengelige. Mulighetene til å få hjelp er ikke bare avhengige av at tjenestene eksisterer. Ofte fremstilles situasjonen slik at det for brukerne bare er å ta kontakt med helsetjenesten, så får man den hjelpen man ber om. Slik er det i realiteten ikke. I det virkelige livet må potensielle brukere forbi en del konkrete hindringer før man kan få hjelp (Bleiklie, Dahl Jacobsen & Thorsvik 1993:316-321). Disse hindringene kalles:

- terskel
- kø
- skranke

Vi kan også fremstille disse hindringene som en trapp med flere trinn man må bestige for å nå opp til hjelpen:



*Figur 3:1- Terskler*

Det første problemet brukerne må overkomme er en terskel. Et grunnleggende kjennetegn på offentlig byråkrati er at det forventes at brukerne selv tar kontakt dersom vedkommende har behov for hjelp. Det krever for eksempel at man vet at det finnes aktuelle hjelpeordninger, det er det ikke alle som gjør. En terskel kan også være å ta kontakt med offentlig forvaltning. Har man psykiske problemer, kan bare det å ta kontakt med helsevesenet være en terskel som man

selv må overvinne. Andre typer terskler kan være manglende fysisk tilrettelegging for funksjonshemmede, vansker med å finne det riktige offentlige kontoret. Dernest kan det være en terskel å få offentlig virksomhet til å akseptere at de problemene man har, er noe som det offentlige kan og vil bidra til å løse.

Det neste problemet man må overvinne er å få virksomheten til å velge å løse akkurat det menneskets problemer. Brukerne vil derfor møte ulike køordninger. Den vanligste er den at alle saker behandles i den rekkefølge de kom inn, uansett hvilke behov man har. Likevel har mange etater en form for prioriteringsrekkefølge slik at akutte saker blir behandlet foran andre saker. Dette betyr for eksempel at dersom man skal komme raskt til i psykisk helsearbeid, så er det en fordel om noen klarer å overbevise systemet om at det er behov for tvangsinnleggelse.

Siste trappetrinn er skranken. Denne hindringen består bl.a. kommunikasjonsproblemer. For at man skal kunne få adekvat hjelp må man kunne kommunisere med hjelperen på en slik måte at vedkommende forstår hvordan vedkommende kan hjelpe. I en del tilfeller kan det også være snakk om å kunne bruke de argumentene som hjelperen selv legger vekt på. I psykisk helsearbeid kan et problem være at det for en person kan være både vanskelig og belastende å fortelle hva lidelsene går ut på. Det betyr at selv personer med store lidelser ikke får hjelp fordi tjenesteyterne ikke klarer å identifisere lidelsene ut fra den beskrivelsen personen gir.

I forhold til andre hjelpetiltak kan det også være nødvendig å finne begrunnelser som er i samsvar med regelverket. I slike sammenhenger er det ikke nok å overbevise tjenesteapparatet om at man har behov for hjelpen, men må også overbevise det om at man kommer inn under det gjeldende regelverket. Dette kan for eksempel gjelde i forhold til økonomiske tilskudd, eller hjelpemidler til utdanning. Det er altså ikke slik at et opplevd behov for hjelp hos brukeren gir automatisk grunnlag for assistanse fra hjelpeapparatet.

Innføringen av en individuell plan med et helhetlig tjenestetilbud er trolig ikke ment å kunne fjerne disse tersklene. Likevel så ser jeg at en individuell plan i teorien skal kunne bidra til at brukeren bare trenger å gå opp denne trappen en gang og at man da ved hjelp av plan og koordinators innsats skal kunne få alle de tjenestene man har behov for.



### ***3.1.3 Oppdelelige tjenestetilbud***

Spesialisering er et av de prinsippene byråkratiet bygges på. Det er på mange måter positivt fordi den gjør at en del av tjenesteyterne blir svært dyktige innenfor et avgrenset område. Ulempen med denne utviklingen er at spesialistene må konsentrere seg innenfor sitt spesialområde og det begrenser deres mulighet til å være oppdatert på breddekunnskap. Dette betyr at det er en fare for at spesialistene fokuserer på sitt avgrensede område i stedet for på helheten i brukernes problemer.

Videre legger man i stor grad til grunn at de oppgavene som skal løses er oppdelelige. I forhold til brukere- av helse- og sosialtjenesten er dette er forutsetning (som vi skal se) som er svært problematisk. Også organiseringen av tjenestene kan bidra til at det er vanskelig for tjenesteyterne å være opptatt av hele brukeren og ikke bare av enkelte problemstillinger.

De fleste offentlige tjenestetilbud organiseres for en stor del i oppgaveorienterte linjeorganisasjoner (Jacobsen 1993:71). Fokus i slike organisasjoner er dermed de oppgavene som er lagt til det enkelte organisasjonsleddet. Oppgavene er til en viss grad fordelt mellom ulike kommunale etater og delvis mellom ulike forvaltningsnivåer. Økonomisk støtte kan for eksempel være både et ansvar for kommunen gjennom lov om sosiale tjenester og et ansvar for staten gjennom lov om folketrygd. Det er jo da klart at verken kommunen eller staten ønsker å påta seg økonomiske forpliktelser som den andre har ansvar for. Noen ganger er oppgaver fordelt mellom ulike kommunale etater. For eksempel så hjemles noen hjemmebaserte tjenester i lov om kommunchelsetjenesten og noen i lov om sosiale tjenester.

Det er dessuten også slik at de ulike profesjonene i helse- og sosialsektoren prøver å definere sine ansvarsområder i forhold til andre profesjoner ved å fokusere på profesjonsmedlemmenes oppgaver (Abbott 1988:64). Virkningen av dette er at de ansatte tar utgangspunkt i sine oppgaver og ser om disse oppgavene passer til brukerens problemer. For mange er dette ikke noe problem. Dersom man har et avgrenset problem med klar løsning, for eksempel trenger hjemmesykepleie etter en operasjon, så sørger man bare for at det blir tatt kontakt med hjemmesykepleien. Vanskene oppstår når brukeren har omfattende og sammensatte problemer eller tar kontakt med feil tjenesteyter.

Går man til legen og klager over at man ikke får sove om natten fordi man har så store økonomiske problemer, kan man risikere å komme ut med resept på sovepiller, i stedet for beskjed om å ta kontakt med bank, økonomisk rådgiver, sosialkontor eller andre som kan hjelpe til å redusere de økonomiske problemene. På samme måte er det dersom man har omfattende og sammensatte problemer. Den enkelte tjenesteyter vil gjerne hjelpe i forhold til sine oppgaver, men dersom ikke brukeren får et helhetlig og samordnet tilbud, så kan hjelpen lett virke bortkastet.

For brukerne er det ønskelig at det offentlige hjelpeapparatet i større grad er brukerorientert. I stedet for å fokusere på sine oppgaver, vil det være ønskelig at man fokuserer på brukeren (Pedersen 1996:116). Spørsmålet er ikke hva som er den enkelte tjenesteyters oppgave, men hvordan brukeren best kan få hjelp.

Bruckerfokusering vil si at tjenesteyteren legger større vekt på hvilke mål og behov brukeren har enn sine egne oppgaver. Når man har fått frem hva slags mål og behov brukeren har, kan man se nærmere på i hvilken grad den enkelte tjenestes oppgaver kan imøtekomme disse mål og behovene, og i hvilken grad man må engasjere andre for at tilbudet skal bli helhetlig. Den enkelte tjenesteyter vil på denne måten føle et ansvar både for at ens egne oppgaver blir utført og for at andre løser sine oppgaver. En slik tilnærming vil bidra både til bedre samarbeid mellom de ulike etatene og til bedre løsninger for brukere.

Individuelle planer kan derfor nettopp være et slikt tiltak som bidrar til brukerfokusering. *Det er den totale beskrivelsen av brukerens behov som ifølge den individuelle planen skal danne utgangspunkt for tjenestene – ikke tjenestenes organisering.* I den grad psykisk helsearbeid og de andre tjenestene som mennesker med psykiske lidelser har behov for tjenester fra kan beskrives som klassiske byråkratier, så kan individuelle planer bidra til å redusere de manglene et slikt system har.

### **3.1.4 Profesjonsbyråkratiet**

Deler av helse- og sosialtjenesten vil nok ha vansker med å kjenne seg igjen i en beskrivelse av et klassisk Weberiansk byråkrati. Dette gjelder nok i særlig grad institusjonshelsevesenet. Det kan derfor være naturlig å videreutvikle Webers tilnærming noe. Mintzberg (1979) skiller mellom maskinbyråkratiet og profesjonsbyråkratiet. Disse to byråkratiformene har en del klare skiller. Sentralt

er at mens maskinbyråkratiet har klare formaliserte rammer for hvordan oppgavene skal løses, så mangler profesjonsbyråkratiet slike tydelige rammer. Maskinbyråkratiet styres gjennom regler mens profesjonsbyråkratiet styres gjennom profesjonelle standarder. Også på andre områder er det sentrale forskjeller mellom de to byråkratiformene, men jeg skal ikke gi noen uttømmende beskrivelse her. Jeg nøyer meg med å konstatere at hvis vi legger Mintzberg's (1979) beskrivelse til grunn, så er det liten tvil om at helse- og sosialsektoren har sentrale kjennetegn felles med hans byråkratiformer. Jeg skal siden komme mer tilbake til at det synes som om helse- og sosialsektoren i stadig større grad får flere kjennetegn fra maskinbyråkratiet og at dette kan oppfattes som en strategi for å redusere noen av virkningene ved det profesjonelle byråkratiet.

Det har i helse- og sosialsektoren vært vanlig å skille mellom forvaltning og tjenesteyting (Eckhoff 1994:7). Forvaltningsavgjørelser var de delene av virksomheten som førte frem til et formelt vedtak, mens tjenesteyting var den delen av virksomheten som bygget på faglige vurderinger. I denne sektoren var det inntil for få år siden da svært vanlig at det meste ble definert som faglige avgjørelser. I praksis innebar det at for eksempel avgjørelser om hva slags hjemmebaserte omsorgs- og pleietjeneste en person skulle ha, ble ansett som en faglig avgjørelse og derfor ikke ga grunnlag for et formelt skriftlig vedtak.

Avgjørelser om hvem som skulle få hjelp og omfanget av ytelsene var dermed ansett som en faglig vurdering som kunne endres i den grad tjenesteyterne fant det forsvarlig. Grunnlaget for disse faglige avgjørelsene var i hovedsak en esoterisk kunnskap (=kunnskap kjent bare for dem som innehar kunnskapen). For brukere og andre som ikke delte denne esoteriske kunnskapen, var det da vanskelig å vurdere om de avgjørelsene som ble tatt var saklige. I praksis så viser det seg at et slikt faglig skjønn ikke er presist likevel. Erfaring viser at:

- Selv i så regelstyrte virksomheter som Trygdeetaten er det avdekket store forskjeller i prinsippene for tildeling av for eksempel grunnstønad (NOU 2001:22).
- Dernest er det dokumentert at det er de mest ressurssterke som klarer å utnytte dette systemet best slik at det er disse som tjener på skjønnnet – ikke de med mest behov (NOU 2001:22).

Det faglige skjønnnet innebærer derfor at grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper som likebehandling og klagemuligheter ikke blir oppfylt (Eckhoff 1996).

### 3.2 Velferdsstaten i krise?

Et av de sentrale kjennetegnene ved utviklingen i Norge etter siste verdenskrig er en tilnærmet kontinuerlig utvikling av velferdsstaten og dens utgifter (Bowitz & Cappelen, 1994). Dette har stort sett vært en internasjonal trend, der særlig de andre skandinaviske landene har møtt tilsvarende utfordringer som Norge. Mange politikere har opplevd utviklingen de siste årene som forholdsvis frustrerende. Til tross for stadig økende bevilgninger til sektoren, så synes det ikke ha noen innflytelse på ventelister og medias stadige fokus på mangler ved tjenestene. Selv om dette kan gis rasjonelle forklaringer av typen at en stadig økende kompetanse og teknisk utvikling øker mulighetene for å hjelpe og å holde alvorlig syke i live, så er det også grunn til å tro at sektoren har økende problemer med å legitimere sine økende krav. Mange politikere blir nå så vant til å høre om problemer at de ikke helt tror på disse beskrivelsene lenger (Borum 1999:13).

Det er også tegn som tyder på at både politikere og publikum opplever at fagorganisasjonene bruker en form for krisemaksimering for å fremme sine egne interesser, mer enn å ivareta brukernes interesser. En stadig økende kompetanse i befolkningen og en utvikling som gjør informasjon stadig lettere tilgjengelig, bidrar også til at befolkningen i større grad enn før stiller spørsmål ved tjenesteytternes autoritet (Sahlin – Anderson, 2003:242). Det betyr at brukerne i større grad enn før stiller spørsmål ved en del av de handlingsmønstre som har kjennetegnet denne sektoren tidligere. Det er ikke lenger klart for folk at man må akseptere ventelister og at når man endelig har fått en avtale om behandling, så møtes man med nye ventetider og manglende informasjon. På samme måte ser man ikke lenger at beslutninger om medisinsk behandling eller andre tiltak innen sektoren er avgjørelser som ensidig skal tas av tjenesteyterne.

Også forskere har bidratt med å stille spørsmål ved velferdsstaten og profesjonenes rolle. I boken "Demokratiets sorte hull", kommer Erik Oddvar Eriksen (2001) i samarbeid med flere andre forskere med en omfattende kritikk av profesjonene. Hovedpoenget i denne kritikken er at profesjonelle yrkesutøvere i stor grad forvalter fellesskapets ressurser, uten at publikum har tilstrekkelig innsikt i de kriteriene som de profesjonelle legger til grunn for sine avgjørelser. I tillegg mener Eriksen å kunne dokumentere at i de sammenhenger

der forskere faktisk får innsikt i de kriteriene som legges til grunn, tyder resultatene på at det er kriterier som i beste fall er uklare og at de ikke nødvendigvis er i samsvar med de målsetningene samfunnet har med de ulike tjenestene. Mye av den kritikken som Eriksen (2001) kommer med er ikke ny, han representerer slik sett en kritisk forskningstradisjon som i Norge startet opp allerede på 70-tallet (Støkken 2001:23, Erichsen 1996:25 ).

Også myndighetene har vært kritiske til hvordan profesjonene har utført sine oppgaver. Allerede i 1972 pekte man i NOU 1972:23 Utdanning av sosial- og helsepersonell på at ”På stadig flere områder av helse- og sosialsektoren er de tjenester som vil kunne tilbys, avhengige av et nært samarbeid mellom forskjellige typer av spesialister. Denne form for teamarbeid forutsetter at hver enkelt spesialist er klar over sin rolle i dette samspill, sin kompetanse og sin andel i et koordinert opplegg. Dette krever en ny innstilling og en bestemt arbeidsdisiplin”. (NOU 1972:23, s 54). Fokus var allerede da på at tjenesteyterne måtte bli bedre til å samarbeide. Til tross for dette heter det i mandatet til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt: ”...Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok...” (NOU 2005:3, s 11). Til tross for at myndighetene i snart 40 år har fokusert på behovet for bedre samarbeid i helse- og sosialsektoren, har man ennå ikke nådd målene.

Dette medfører at så vel politikere som publikum ellers, i økende grad stiller spørsmål ved om økt ressurstilgang er løsningen på sektorens problemer. Derimot ser man for seg at kanskje de problemene som i mange tilfeller fortsatt er åpenbare i sektoren, er problemer som skyldes organisering og arbeidsformer som må løses innfor sektoren og ikke med økt ressurstilgang. Vi har derfor de siste 20 årene sett en økende tendens til å stille spørsmål ved om velferdssektoren er hensiktsmessig organisert. Vanebo og Strømsnes (2001:43) tar utgangspunkt i Ringen (1987) og hans beskrivelse av at velferdsstaten er kommet i alvorlige vansker knyttet til mangler ved følgende fire områder:

- Legitimitet
- Styrbarhet
- Økonomisk effektivitet
- Aktivitetsområde

Vanebo og Strømsnes legger til grunn at velferdsstaten er ført lenger enn flertallet i befolkningen er villig til å akseptere. Dette hevder de at medfører at befolkningen ikke er villig til å betale regningen selv om de ønsker fordelene.

Det er vel ting som tyder på at det også er andre elementer som utfordrer velferdsstatens legitimitet. OECD er blant dem som jevnlig har rettet kritikk mot omfanget av den offentlige sektoren i Norge (Ramsdal & Skorstad 2004:83). Slik kritikk er delvis med på å påvirke befolkningens holdninger til velferdsstaten og delvis gir den god argumentasjon til dem som uansett er negativ til en så omfattende offentlig aktivitet.

I forhold til styrbarhet legger Vanebo og Strømsnes vekt på at størrelsen på offentlig sektor er i ferd med å vokse så mye at vi nå har nådd en statlig finansieringskrise. En mer raffinert tilnærming mener jeg vi finner i den generelle kritikken mot profesjonenes makt i velferdssektoren. Med utgangspunkt i analyse av endringene i den britiske velferdsstaten, hevder Laffin (1998:3) at utviklingen i velferdsstaten i stor grad bidro til at sentrale politikere etter hvert oppfattet velferdsstatens profesjoner som monopoler. Abbott (1988) er inne på noe av de samme når han peker på at den vitenskapelige og esoteriske kunnskapen som profesjonene bygger på, i utgangspunktet ikke er tilgjengelig for andre. Verken publikum generelt eller politikere spesielt, kan dermed etterprøve de vurderinger som gjøres av de profesjonelle. Sier de profesjonelle at et gitt problem bare kan løses på en bestemt måte, er det ikke noen andre som kan bidra med noen motekspertise. Denne esoteriske kunnskapen bidrar også til at det vanligvis bare er andre profesjonsmedlemmer som kan evaluere de tiltakene som er iverksatt. Dette betyr, i følge Laffin (1998) at profesjonene mer eller mindre blir sittende på begge sider av bordet. Det er profesjonene som må gi råd om hvordan politikken skal utformes og siden er det de som skal tolke og iverksette denne politikken.

Allerede i 1991 la det såkalte "Norman-utvalget", ledet av den senere arbeids- og administrasjonsminister Victor Norman, frem en utredning som konkluderte med at det var et enormt effektivitetspotensial i offentlig sektor (NOU 1991:28). Selv om både utregningene og konklusjonene til utvalget var omstridt, synliggjorde utredningen at det åpenbart var en viss "slack" (Cyert & March 1963) i den offentlige virksomheten.

Ole Jørgen Mørkved som selv satt i Normann-utvalget, har beskrevet konklusjonene til utvalget på følgende måte:

Analysene viste at samfunnet kunne oppnå gevinster på rundt 120 milliarder kroner pr. år, at det kunne frigjøres rundt 500.000 årsverk for andre oppgaver og at effektivisering kunne gi budsjettgevinster for det offentlige tilsvarende 25-30 prosent av alle skatter og avgifter. I analysene ble det også tatt hensyn til at lavere skatter vil gi bedre effektivitet i privat sektor, noe som gav en tilleggsgevinst av størrelsesorden 40-50 milliarder. Alt i alt kunne det dreie seg om et samlet effektiviseringspotensial på rundt 170 milliarder kroner

(Mørkved 2001:105)

Konsekvensene av denne rapporten var flere, men Mørkved fremhever bl.a. at rapporten bidro til at ”effektivitetsfremmende reformer fikk større legitimitet og kunne påbegynnes uten altfor mye politisk støy” (Mørkved 2001:111)

Vanebo og Strømsnes (2001) antyder at en for omfattende velferdsstat medfører passivitet og avhengighet av offentlige hjelpetiltak i stedet for å ta et individuelt ansvar for å løse de problemene som oppstår. Selv om den skandinaviske velferdsstaten er mer omfattende enn de modellene man har tatt i bruk i mange andre vestlige land, så er jeg ikke sikker på at det er uttrykk for en omfattende individuell ansvarsfraskrivelse. I stedet finner jeg at Esping-Andersens (1990) fokus er like relevant forklaring. Han viser hvordan den nordiske velferdsstaten for en stor del har tatt ansvar for mange av de oppgavene som tidligere ble definert inn i den private sfæren. Konsekvensen av dette er at vi har et større og mer segregert arbeidsmarked for kvinner i Norden, enn det man finner i andre velstående land. Dette innebærer igjen at færre kvinner går hjemme og kan passe barn, syke og andre omsorgstrengende. Hvilket dermed medfører at slik omsorg i større grad blir et offentlig anliggende i Norden enn i mange andre sammenlignbare land.

I følge Vanebo og Strømsnes (2001) er det de manglene ved velferdssektoren som de presenterer som bidrar til at vi har fått en endring over mot mer bedriftsøkonomiske tilnærminger til offentlig forvaltning enn det vi tidligere har hatt. De begrunner dette ut fra to poenger:

- Først og fremst er det at NPM er en internasjonal trend med en styringslogikk som bl.a. sterkt anbefales av OECD.
- Den andre er forståelsen av at det er et stort effektiviseringspotensial i offentlig virksomhet.

Jeg mener at det også kan finnes andre forklaringer. Forsell (2002:269-274) viser at NPM-ideologien opprinnelig hadde en annen forankring i Sverige enn i det anglo-amerikanske området. Dette hadde sammenheng med at det i Sverige først var sosialdemokratene som tok initiativ til NPM-reformer. Privatisering var derfor ikke et tema i utgangspunktet, i stedet var det en strategi for å fornye velferdsstaten, med vekt på å opprettholde mål som demokrati, åpenhet og deltakelse. Det ser ut som om vi kan beskrive den samme utviklingen i Norge, en generell mistro til offentlig byråkrati, men endringer som langt på vei er styrt og påvirket av en regjering som ikke støtter privatisering. Dette må også ses på bakgrunn av at vi i Norge har hatt en lang periode med mindretallsregjeringer, som for å få gjennomslag for endringer har vært avhengige av bred politisk støtte.

I tillegg har vi DiMaggio & Powells (1983) fokus på at selv om organisasjoner er ulike, så er det mest i øyenfallende at de likevel er så homogene. Typisk eksempel i så måte er norske kommuner som i nærmere 100 år har bygget opp etter samme utvalgsmode. Så innførte noen kommuner på 70 tallet ordningen med hovedutvalg - med det resultat at i løpet av ca 10 år, så hadde tilnærmet alle kommunene (ca 430) tatt i bruk denne modellen (Stava 1993:175). Nå ser vi hvordan denne modellen igjen er i ferd med å forlates til fordel for den såkalte bestiller/utfører-modellen (Hansen & Ramsdal 2005:136)

### **3.3 Teoretiske perspektiver på individuelle planer**

#### ***3.3.1 NPM-strategien***

Det finnes ikke en entydig definisjon på hva som er New Public Management. I prinsippet er det grunnleggende kjennetegnet på NPM at man tar i bruk management-teorier og -teknikker fra privat næringsliv og overfører disse til offentlig forvaltning. Intensjonene med dette har først og fremst vært å



reducere de offentlige utgiftene (Jespersen 1999:147). Dette er en utvikling som har foregått i mer enn 20 år og strengt tatt er dermed ”New” heller ikke en riktig betegnelse lenger. Til tross for en litt uklar definisjon er det vanlig å legge til grunn følgende kjennetegn på NPM:

- Vektlegging av økt kostnadsbevissthet/effektivisering, der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter
- Vektlegging av et ”brukerperspektiv”
- Innføring av nye organisasjonsmodeller, kjennetegnet ved ”divisjonalisering” og resultatenheter
- Helhetsledelse/totalansvarsledelse – ”managementledelse”
- Målstyring som viktigste planleggingssystem
- Resultatvurderingssystemer som kopler mål og resultatvurderinger

(Ramsdal & Skorstad 2004: 61)

Jeg har foran pekt på den bekymringen mange har opplevd i forhold til kostandsutviklingen i helsesektoren. Samtidig har denne sektoren, bl.a. på grunn av det esoteriske kunnskapsgrunnlaget (Abbott 1988:42), vært en lukket sektor der utenforstående i liten grad har kunnet gå inn å peke på hvor det kan spares penger. For mange blir dermed troen på at økonomiske prinsipper fra privat næringsliv vil redusere utgiftene også i helsesektoren være stor. Argumentasjonen er gjerne av typen: ”Konkurranse mellom flyselskaper skaper billigere flyreiser, da må vel konkurranse i helsesektoren også bidra til billigere helsetjenester”. NPM blir dermed svaret på hvordan man kan redusere utgiftene i helsesektoren

Brukerperspektivet vil i teorien kunne løse to av de problemene som helsesektoren har slitt med. Det reduserer både tendensen til ineffektiv likebehandling av personer med forskjellig behov, enten dette er et resultat av byråkratiske regler eller profesjonelle standarder. I tillegg vil et slikt perspektiv kunne bidra til at fokus går vekk fra oppgaveorienterte løsninger, mot mer brukerorienterte løsninger, der hele brukeren ses i en sammenheng.

Flytting av fokus fra oppgave- og rettighetsorienterte tilbud til mer målstyrte tjenester forventes også å gi en mer kostnadseffektiv tjeneste. Det betyr i teorien at man først og fremst iverksetter tilbud dersom de forventes å ha en gitt effekt på de problemer som skal løses. Tjenester tilbys ikke fordi det er det

tilbudet som finnes, eller fordi det foreligger en gitt rettighet. Gjennom jevnlig evalueringer vil man da kunne se om tiltakene bidrar til at målene nås, og hvis ikke dette er tilfelle, kan de målstyrte planene justeres. Slik sett mener jeg at NPM-ideologien fremstår som om den har løsningen på mye av den kritikken som har vært rettet mot offentlig forvaltning generelt og helsesektoren spesielt.

I tillegg til disse mer generelle prinsippene peker Klausen (2001) på at det i tillegg synes å være en sentral strategi innen NPM-ideologien å ta i bruk en mengde forskjellige konsepter og organisasjonsoppskrifter som initieres og implementeres fra sentralt hold. Individuell plan er ut fra min oppfatning, nettopp en slik organisasjonsoppskrift.

NPM bygger på teorier om prinsipal-agent og public-choice (Klausen 2001). Felles for disse teoriene er at de tar utgangspunkt både i at ansatte og brukere er opptatt av å velge løsninger som bidrar til individuell nyttemaksimering. Poenget er i stor grad å se på organisasjonene som en samling individer som hver og en handler ut fra rasjonelle kalkulasjoner av hva som er mest hensiktsmessig. Dette gjelder i denne sammenhengen både for ansatte og brukere. Reformen som settes i verk blir da en sammenhengende kjede av rasjonelle prosesser. I dette tilfellet vil da overordnede myndigheters vedtak i form av lover og forskrift danne basis og skissere mål og retningslinjer for arbeidet. Disse målene og retningslinjene blir så konkretisert gjennom den veilederen som SKUR utarbeidet. Dette skal til sammen gi de ansatte i kommunepsykiatrien klare rammer for hvordan arbeidet med individuelle planer skal foregå. Slik sett mener jeg derfor jeg har grunnlag for min påstand om at individuelle planer kan forstås ut fra tankegangen i en NPM-ideologi.

Ramsdal & Skorstad (2004) hevder at også norske politikere nå i større grad tar i bruk NPM-inspirerte tiltak når de skal styrke den politiske kontrollen av helsesektoren. Jeg har nå vist at også individuelle planer kan ses på som en slik strategi. Likevel tror ikke jeg at dette er den eneste forklaringen på at individuelle planer er blitt etablert. Det er også åpenbart at for store deler av brukergruppene handler dette ikke om NPM, men om rettigheter til selv å ha innflytelse på det tilbudet som skal ytes (NOU 2001:22). For brukergruppene innebærer individuelle planer en mulighet til å sette krav om at tjenestene skal respektere brukernes mål og opplevelse av behov som utgangspunkt for tjenesteytingen. Individuelle planer blir dermed en del av brukergruppens strategi for å oppnå størst mulig likeverd, integrering og rehabilitering.

### ***3.3.2 Brukerrettighetsstrategien***

Jeg har foran pekt på at regelen om individuelle planer er hjemlet både i kommunehelsetjenesteloven og i pasientrettighetsloven, i tillegg til at den nå også er hjemlet i sosialtjenesteloven (samt enda noen flere). Den virkelige nyskapningen i denne sammenhengen er jo at vi har fått en egen lov om pasientrettigheter som samler en god del av de rettighetene som brukerne har. Dette er en nyskapning som brukerorganisasjonene har slåss for i årevis. Allerede i 1988 ble professor Ståle Eskeland engasjert av daværende Sosial- og helsedepartementet til å utforme et forslag til en egen lov om pasientrettigheter. Forslaget ble presentert i NOU 1992:8., men etter en høringsrunde ble det lagt på is. Det forslaget som ble lagt frem i 1998 og tilsatt trådte i kraft i 2001, gikk på mange måter heller ikke så langt som det opprinnelige forslaget til Eskeland, som brukerorganisasjonene hadde gitt sin tilslutning til. For brukerorganisasjonene har derfor styrking av rettigheter vært en sentral strategi i forhold til å styrke brukernes situasjon.

Jeg har foran vist hvordan mangler ved både maskin- og profesjonsbyråkratiet har bidratt til at det bl.a. fra politikernes side har vært ønske om å finne andre måter å styre helse- og sosialsektoren på. På samme måter mener jeg at brukernes manglende innflytelse over de tilbud de ytes, har skapt grunnlaget for kravet om styrking av brukerrettighetene. Etter min mening er det særlig to utviklingstendenser som har bidratt til å fremme dette kravet. Disse utviklingstendensene er følgende:

- Reaksjoner på de ansattes paternalisme
- Nye holdninger til funksjonshemning og rehabilitering

### ***3.3.3 Ansatte og paternalisme***

Jeg viste foran hvordan publikum, forskere og politikere generelt etter hvert er kommet med kritikk av profesjonene som gruppe. Også brukerne av tjenestene opplever at den innflytelsen de profesjonelle har er vanskelig å forholde seg til. Mange brukere opplever også dette på det individuelle planet i direkte samhandling med tjenesteyterne.

Et av de grunnleggende kjennetegnene på en profesjon er at den representerer visse faglige standarder (Borum 1999:20). Disse standardene er som jeg pekte

på foran i stor grad institusjonaliserte i forhold til profesjonens medlemmer og skaper enighet innad blant profesjonsmedlemmene både om prioriteringer og hva som er riktige løsninger. Det betyr at det i mange sammenhenger er rimelig klart for den enkelte tjenesteyter hva som i henhold til vedkommendes standarder er riktig løsning på de problemene som foreligger.

Det er også de profesjonelle som tar stilling til hvem som skal få hjelp. Den silingen som jeg foran beskrev på toppen av trappen, er det de profesjonelle som foretar. Hvilke kriterier som ligger til grunn for at en person tilbys en operasjon, mens en annen må lære seg å leve med smertene, har det vært de profesjonelle som har tatt stilling til, uten at disse avgjørelsene har vært grunnlag for noen form for overprøving (frem til Pasientrettighetsloven kom i 2001). På samme måte har de profesjonelle tatt avgjørelser om hvorvidt en rusmisbruker som ikke har fulgt et avtalt opplegg fullt ut, skal nektes videre behandling.

Tildeling av tjenester i hjemmet skjer som regel etter at en tjenesteyter har vurdert behovet for hjelp. Dette blir en faglig vurdering som i praksis vanskelig kan overprøves. For den enkelte bruker er det ikke godt nok at vedkommende selv opplever å ha behov for en gitt tjeneste. Det er den profesjonelle som sitter med definisjonsmakten overfor hva som er akseptable behov. Mange brukere ønsker seg derfor en løsning der de enkelte tjenester fastsettes som rettigheter, slik at det ikke er opp til den enkelte tjenesteyter og dennes faglige vurderinger å bestemme om man får hjelp. I noen sammenhenger er det også de profesjonelle som definerer hva slags problemer brukeren har. Dette er særlig tydelig i forbindelse med forebygging, der den profesjonelle tar utgangspunkt i problemer som man ikke vet at vil oppstå, men som man tror at vil oppstå dersom ikke et gitt tiltak iverksettes.

Det er også tjenesteyterne som i praksis bestemmer hva som er riktig hjelp. Hvor mye penger man trenger for å kunne ”sørge for sitt livsopphold” (Sosialtjenestelovens § 5-1) overlates i stor grad til den enkelte tjenesteyter å avgjøre. Hva slags tiltak som skal iverksettes i helsetjenesten er det også tjenesteyterne som i hovedsak har styrt. Selv om vi nå har fått en pasientrettighetslov som fastslår at brukerne skal medvirke ved utformingen av helsetjenester, så sitter likevel helsepersonell med vetoretten fordi de etter helsepersonelloven § 4 alltid skal påse at tilbudet som gis er faglig forsvarlig. Hva som er faglig forsvarlig er det opp til personellet å bestemme. For å

motvirke den makten tjenesteyterne har er det derfor en interessant strategi for brukerne å sikre seg tjenester gjennom rettigheter.

### ***3.3.4 Funksjonshemning og rehabilitering***

Til nå har fokus i helsevesenet stort sett vært knyttet til behandling. De siste årene har man i stadig større grad flyttet fokus over til rehabilitering som nå er definert på følgende måte:

#### ***§ 2. Definisjon av habilitering og rehabilitering***

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

Denne definisjonen henger igjen sammen med hvordan funksjonshemmede og brukere generelt oppfattes. Jeg legger til grunn at det i alle fall finnes to fundamentalt ulike ideologier representert i psykisk helsearbeid. Den ene ideologien tar utgangspunkt i at det er mangler ved de enkelte mennesket som er skyld i at vedkommende defineres som syk, funksjonshemmet etc. Målet er derfor å få til endringer hos brukeren selv ut fra ønsket om at vedkommende skal bli frisk (Kolstad 2004:15)

Det andre ideologiske grunnlaget som vi mener vi finner i deler av helse- og sosialsektoren i dag bygger på at det er normalt i et samfunn med visse variasjoner mellom menneskene og at både syke og funksjonshemmede er en naturlig del av et hvert normalt samfunn. Selv om mange av de som både er syke og funksjonshemmede ønsker å bli ”friske”, så er ikke dette nødvendigvis et individuelt ansvar. Ut fra denne ideologien defineres funksjonshemninger som et misforhold mellom de krav som samfunnet setter til den enkelte og de muligheter vedkommende har til å oppfylle disse kravene (Normann & Sandvin 2001). Målet med de tiltakene som iverksettes er ikke da bare å fjerne symptomene, men derimot ”å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet ” som det står i den foran nevnte definisjonen av rehabilitering. Fokus blir på denne måten i like stor grad å endre forholdene rundt brukeren som det å endre brukeren selv.

Rehabilitering ved hjelp av individuelle planer i psykisk helsearbeid er derfor et uttrykk for en ideologi der det ikke bare er nok å behandle den enkelte pasient, men der det er like viktig å tilrettelegge verden rundt pasienten på en slik måte at de kravene som samfunnet setter til vedkommende i størst mulig grad blir i samsvar med pasientens forutsetninger.

Konsekvensen av denne definisjonen på funksjonshemmede er at man også kan skille mellom det å ha en funksjonsnedsettelse og det å være funksjonshemmet. Mennesker som har vært innlagt på en psykiatrisk institusjon i lang tid, kan selv om de defineres som medisinsk sett friske, fortsatt være funksjonshemmet. Dette kan skyldes at de kan oppleve utstøting og utestenging fra sitt nærmiljø, og/eller at de mangler trening i å forholde seg til for eksempel nye teknologiske hjelpemidler i hjem og samfunn for øvrig. Skal de tilbake til arbeidslivet, kan dette også være endret slik at den kompetansen de hadde før de ble syke, ikke lenger er tilstrekkelig til å løse de oppgavene jobben forventer av dem. Det enkelte mennesket kan altså være medisinsk sett frisk, men fortsatt funksjonshemmet (Normann, Sandvin & Thommesen 2003:22). Denne måten å se sykdom og funksjonshemninger på, innebærer at det verken er systemet, regler eller profesjonelle standarder som styrer hva slags hjelp brukeren skal få. Det er derimot brukerens egen definisjon av sine behov som er avgjørende.

Løsningen har derfor vært å sikre brukerne rettigheter gjennom lovregler og formelle vedtak, slik at de ansatte ikke kan utøve sin makt fritt. I NOU 2001:22 ”Fra bruker til borger”, både begrunnes og beskrives denne strategien klart. Reaksjonene i ettertid viser at brukerorganisasjonene ser en slik strategi som en tjenelig måte for å fremme brukergruppens interesser.

Så langt mener jeg derfor at kravet om individuelle planer har fått så sterk støtte fra brukerorganisasjonene, nettopp fordi det fremstår som en rettighet for brukerne til å definere mål, behov og tiltak.

### ***3.3.5 Ledelse på distanse***

Min påstand er derfor at individuelle planer fremstår både som ledd i en strategi der politikerne ønsker å redusere en del av svakhetene ved maskin- og profesjonsbyråkratiet, og i en strategi fra brukerne om å sikre seg større innflytelse over innholdet i de tjenestene de får.

Et siste perspektiv som jeg skal trekke frem her er kravet om samarbeid. Allerede NOU 1972:23 Utdanning av sosial- og helsepersonell, satte et fokus på behovet for å styrke samarbeidet i helse- og sosialsektoren, bl.a. med følgende formulering:

I de praktiske arbeidssituasjoner er det også av stor betydning at det treffes tiltak med sikte på å etablere bedre og mer effektive samarbeidsformer. På stadig flere områder av helse- og sosialsektoren er de tjenester som vil kunne tilbys, avhengige av et nært samarbeid mellom forskjellige typer av spesialister. Denne form for teamarbeid forutsetter at hver enkelt spesialist er klar over sin rolle i dette samspill, sin kompetanse og sin andel i et koordinert opplegg. Dette krever en ny innstilling og en bestemt arbeidsdisiplin.

(NOU 1972:23, s 54)

Utredningen la derfor opp til en omorganisering av de aktuelle utdanningene for å styrke samhandlingen mellom de ulike yrkesgruppene.

I overgangen mellom 70 og 80-tallet fikk vi de to innstillingene fra Nyhus-utvalget (NOU 1979:28 og NOU 1982:10) hvor man fortsatt så behovet for samordning av tjenestene som en av de største utfordringene for helse- og sosialtjenestene. Dette medførte bl.a. at det ble opprettet et utvalg for å få en bred gjennomgang av samordningsproblemene i helse- og sosialsektoren. Dette utvalget la frem sin innstilling i NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten

En av strategiene som ble skissert i denne NOU 1986:4 var å gjøre noe med kompetansen til de ansatte i sektoren. Konkret la utvalget til grunn at:

En viktig forutsetning for å få til en mer samordnet innsats i omsorgen for den enkelte klient/klientgruppe, er at helse- og sosialpersonellet har ”lært” å samarbeide. (s 200)

Løsningen på dette var i følge utvalget:

Utdanningstiltak for å bedre samordning av helse- og sosialtjenestetilbudet for den enkelte bruker/brukere kan deles i 3:

1. Større vekt på tverrfaglig samarbeid på alle nivå i utdanningssystemet
2. Mer og bedre kunnskaper om det systemet helse- og sosialpersonell skal fungere i – herunder økt vekt på helse- og sosialadministrasjon,

juridiske og samfunnsøkonomiske aspekter, og tjenesteapparatets organisering/funksjon

3. Konkret opplæring i samarbeidsmodeller bl.a. på grunnlag av samordningsutvalgets forslag til tiltak, særlig under pkt 5.6.

Ovennevnte bør det tas hensyn til i forbindelse med grunnutdanning og spesielt i videre- og etterutdanningssammenheng (s 201)

Disse forslagene ble siden for en stor del lagt til grunn for regjeringens forslag i St.meld. nr. 41 (1987-88) "Helsepolitikken mot år 2000".

Rådet for høyskoleutdanning av helse- og sosialpersonell (RHHS) utviklet i løpet av 90-tallet nye rammeplaner for både grunn- og videreutdanninger i sektoren. Konsekvensen av dette var at alle grunnutdanningene fikk 30 studiepoeng felles og at de fleste videreutdanningene ble tverrfaglige (i den forstand at de ble tilgjengelig for alle uansett hvilken helse- og sosialfaglig grunnutdanning de hadde).

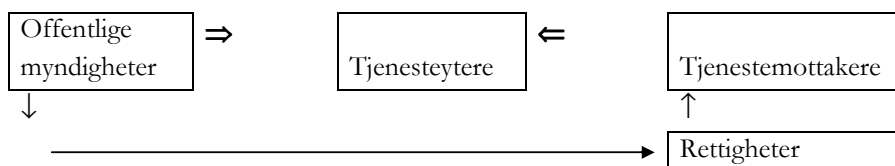
Likevel gir NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, følgende beskrivelse av dagens situasjon:

Samhandling som tema står meget svakt i de fleste helsefaglige utdanninger. Dersom man skal lykkes med en økt samhandling mellom tjenestenivåene, må en faglig fellesforståelse og en felles samhandlingskultur utvikles gjennom forskningsbasert undervisning i både grunnutdanning og i videre- og etterutdanningen av alt helsepersonell. (s 105)

Det ser dermed ikke ut som om endring av utdanningene har gitt de ønskete resultatene. Vi kan derfor se innføringen av individuelle planer som et eksempel på det som Sahlin-Andersson (2003) kaller "ledelse på distanse". Selv om myndighetene pålegger tjenestene å utforme tjenestene slik at de ivaretar kravet om helhet, samordning, brukermedvirkning og individuell tilpasning, så innser de at dette ikke i seg selv er tilstrekkelig til å nå de skisserte målene. Myndighetene formulerer derfor også disse kravene som en rettighet for tjenestemottakerne. På denne måten overlater myndighetene langt på vei til tjenestemottakerne å styre tjenestene i den retningen som myndighetene ønsker.



Vi kan skissere denne situasjonen i følgende modell:



*Figur 3:2 Ledelse på distanse*

Offentlige myndigheter setter på denne måten tjenesteyterne under dobbelt press. Delvis setter de konkrete krav til hvordan tjeneste skal gjennomføres blant annet ved å sette økonomiske og organisatoriske rammer for hvordan tjenestene skal ytes. I tillegg vedtar myndighetene regler som gir tjenestemottakerne rettigheter slik at disse kan sette frem konkrete krav overfor tjenesteyterne. Tjenesteyterne settes dermed under press fra to kanter: De generelle kravene fra myndighetene og de spesielle kravene fra hver enkelt tjenestemottaker. På denne måten kan individuelle planer oppfattes som et middel til å styre helse- og sosialsektoren bedre.

Freidson (2001) skisserer samme problemstilling, men med en annen begrepsbruk. Han tar utgangspunkt i at man kan organisere tjenestetilbudet ut fra tre prinsipper; marked, byråkrati og profesjon. I denne terminlogien kan utviklingen oppfattes som en styrking av marked og byråkrati på bekostning av den profesjonelle innflytelsen.

Vi kan derfor oppfatte individuelle planer både som en strategi fra politikere/samfunnet og for brukerne selv om å styre innholdet i tjenestene. Likevel er det tjenesteyterne som skal iverksette denne strategien ved at det er de som skal utforme de individuelle planene. Fra tidligere vet vi at når en yrkesgruppe skal implementere slike organisasjonsoppskrifter, så har den en tendens til å tolke denne nye organisasjonsoppskriften inn i kjente rammer og gi den en utforming som passer til profesjonsutøvelsen (Røvik 1998, Borum 2003). Dette forklares gjerne med interne prosesser i de organisasjonene som

påvirkes til å ta i bruk slike oppskrifter, såkalt ny-institusjonell teori (Peters 1999, March & Olsen 1989)

### **3.4 Implementering av individuelle planer**

Vi har altså en situasjon der individuelle planer skal implementeres i kommunene delvis fordi sentrale myndigheter ønsker å styre profesjonene bedre og delvis fordi brukerne skal få større innflytelse på bekostning av profesjonene. Samtidig så er det nettopp de samme profesjonene som pålegges å iverksette arbeidet med disse individuelle planene.

Dette betyr likevel ikke at profesjonene på noen måte har motarbeidet arbeidet med individuelle planer, heller tvert imot. I en høringsuttalelse til sosialdepartementet uttaler Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Norsk Sykepleierforbund ber om at retten til individuell plan for behandling og oppfølging følges opp. En koordinator må koordinere oppfølging av pasientene, og tjenestenivåene må samordnes bedre for at pasienter og brukere skal oppleve en mer helhetlig og sammenhengende tjeneste (NSF 1.12.2003)

Mitt utgangspunkt er derfor ikke at det foreligger noen konkret motstand mot individuelle planer. Derimot ser jeg individuelle planer som en form for organisasjonsoppskrift (Røvik 1998). Slike organisasjonsoppskrifter er en form for standard som tas i bruk i ulike organisasjoner fordi disse representerer ”symboler på grunnleggende rasjonalistiske verdier i samfunnet” (Røvik 1998:36). Røvik peker videre på at disse organisasjonsoppskriftene ofte er mer en ideologi enn en konkret oppskrift. Hans fokus er først og fremst organisasjonsoppskrifter som medarbeidersamtaler og total kvalitetsledelse. Slike oppskrifter tas gjerne i bruk fordi de virker fornuftige og hver enkelt organisasjon gir disse en lokal utforming. I vårt tilfelle tas ikke individuelle planer i bruk ut fra et lokal valg, men derimot ut fra et overordnet pålegg gjennom lover og forskrift. I tillegg er innholdet i en individuell plan definert gjennom reglene i forskriften og gjennom den utarbeidete veilederen. Dette betyr at tilsynelatende har ikke de ansatte særlig stort spillerom for lokal utforming.

I Danmark har det de siste årene gjennom aktiviteten til FLOS (Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sykehusvæsenet) vært gjennomført en rekke undersøkelser av fornyelse- og endringsprosesser først og fremst i det danske helsevesenet (Se bl.a. Bentsen & al 1999, Borum 2003). Disse undersøkelsene viser i stor grad at selv om endringer blir implementert med klare mål og retningslinjer, får de en lokal utforming.

Etter min mening kan individuelle planer oppfattes som en organisasjonsoppskrift. Utfordringen er at slike oppskrifter vanligvis ikke er klart definerte. I dette tilfellet er det også blitt et poeng fra SKURs side å gi begrensede retningslinjer fordi planene ikke skal være standardiserte, men individuelle. Konsekvensen av dette er at hver enkelt tjenesteyter har en viss frihet til selv å utforme innholdet i arbeid med individuelle planer. Sahlin-Andersson (1999:303-305) peker på at på at mange i slike sammenhenger har en tendens til å sette de nye kravene inn i kjente sammenhenger og på den måten blir ikke endringene så gjennomgripende som forventet. Sahlin-Andersson (2003) går så langt at hun sier at en del av de nye organisasjonsoppskriftene gjerne fortolkes på en slik måte at de bekrefter allerede eksisterende prosedyrer, med det resultat at de nye organisasjonsoppskriftene bare blir nye betegnelser på eksisterende praksis (s 238). Dette bidrar til at til tross for at mange bruker begreper som tyder på grunnleggende forandringer i helsevesenet, så er det likevel stor grad av stabilitet og tradisjon som preger sektoren (Sahlin-Andersson 2003). Konkret formulerer hun det på følgende måte: "Tidligere måder at styre, lede, organisere og møte pasienterne på lever videre i motstandsdyktige strukturer, former for samarbeide, rutiner og forventninger.(s 230)

### ***3.4.1 Ny-institusjonelle perspektiver***

Et sentralt poeng ved helse- og sosialsektoren er de institusjonelle kjennetegnene. I denne sammenhengen er det særlig de normene vi finner innen de faglige fellesskapene eller de konkrete organisasjonene jeg vil trekke frem.

Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i at en organisasjons handlinger ikke kan ses på som en akkumulasjon av individenes rasjonelle valg. Det vil si at når man skal forstå hvordan en organisasjon, det vil i dette tilfellet si en offentlig virksomhet, handler i en gitt situasjon, så må man ta utgangspunkt i

virksomheten og ikke det enkelte individ (Peters 1999). Det er kjennetegn ved denne virksomheten som styrer hvilke avgjørelser som tas, ikke ved den enkelte ansatte. Man kan verken forstå positive eller negative handlinger med at den enkelte ansatte har æren eller skylden for hvert enkelt vedtak. Det er ofte kjennetegn ved virksomheten selv som bestemmer hvordan resultatene skal bli, ikke den enkelte ansatte.

Det finnes flere slike institusjonaliseringsperspektiver (Peters 1999:19-21). I forhold til helse- og sosialsektoren synes det å være tre viktige tilnærminger. Først er det den historiske tilnærmingen. Den tar utgangspunkt i at en del holdninger og rutiner utvikles i en organisasjon på grunnlag av tidligere erfaringer. Dersom organisasjonsmedlemmene har vært utsatt for kritikk, vil de for eksempel prøve å tilpasse sin atferd slik at man unngår tilsvarende kritikk i fremtiden. Videre har vi isomorfeperspektivet (DiMaggio & Powell 1983). Dette perspektivet tar utgangspunkt i at i organisasjoner med mange profesjonelle, utvikles både holdninger og rutiner gjennom den utdanning de ansatte tar. DiMaggio & Powell (1983) hevder også at dette fortsetter etter at den profesjonelle har forlatt utdanningen og at nye måter å løse oppgavene på blir overført fra profesjonsorganisasjon til profesjonsorganisasjon, slik at de blir stadig likere (mer isomorfe).

Jeg legger også stor vekt på det normative perspektivet (March & Olsen 1989). Dette perspektivet legger vekt på å analysere hvordan interesser og mål har ulik status i organisasjonen, hvordan ideer og handlemåter gis ulike verdier og hvordan dette virker inn på de ansattes handlemåter.

I utgangspunktet er det ikke noe problem at handlinger i offentlig virksomhet er styrt av institusjonelle kjennetegn. Heller tvert i mot. Slike institusjonelle rammer er med på å skape en stabil og forutsigbar offentlig virksomhet og slik sett styrker dette den enkeltes rettssikkerhet. Problemet oppstår når disse institusjonelle normene styrer virksomheten i strid med brukernes rettigheter og interesser. Dette kan for eksempel skje dersom det i virksomheter som skal yte økonomisk hjelp blir viktigere å spare det offentlige for utgifter enn å sikre at brukerne får de ytelser de har krav på.

Det grunnleggende poenget med et slik institusjonelt perspektiv er at den sentrale forutsetningen i NPM-ideologien om rasjonelle valg og handlinger blir diskutabel. Allerede Simon (1956) stilte spørsmål ved denne forutsetningen og

siden er det dokumentert i diverse sammenhenger at valg og handlinger påvirkes også av andre faktorer enn de som vanligvis betegnes som strengt rasjonelle (Borum 1999:21). Jeg forutsetter at også de tjenesteyterne som skal ta i bruk individuelle planer, utsettes for slike påvirkninger.

### ***3.4.2 Tjenesteyterne som iverksettelsesagenter***

Den som skal være koordinator for en individuell plan, kan etter min mening, ses på som en agent som skal prøve å ivareta de overordnede statlige målene med individuelle planer.

Jeg har foran prøvd å beskrive hva en individuell plan er. Det ble først og fremst en beskrivelse av innholdet i en individuell plan. Likevel påstås det jevnlig (se for eksempel NOU 2004:18, og Normann, Sandvin & Thommesen 2003:122-124) at en individuell plan først og fremst er en prosess. Erfaringer med bl.a. virksomhetsplaner viser at disse oppfattes på ulike måter i forskjellige sammenhenger (Christensen 1991). Etter min mening er det grunn til å forvente at det også skjer med individuelle planer. Jeg kommer derfor til å trekke frem tre prosesser som jeg regner som særlig interessante:

#### *En beslutningsprosess om brukerens fremtid*

En individuell plan skal handle om hvordan tjenestene skal bidra til at brukerens mål nås. For mange vil dermed en individuell plan handle om å utarbeide en strategi for hvordan dette kan skje. Både valg av mål og midler for å nå disse målene fremstår med dette utgangspunktet som en beslutningsprosess om brukerens fremtid. (Mintzberg 1999:7-14)

#### *En produksjonsprosess av dokumentet*

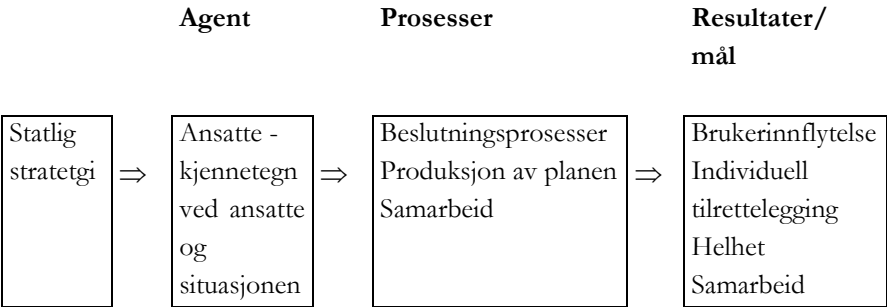
I noen sammenhenger er det grunn til å tro at selve planen i seg selv oppleves som en utfordring. Fokus blir å få frem et dokument som dokumenterer at oppgaven er utført. Sosial og helsedirektoratet har nå bestemt at individuelle planer skal være en nasjonal indikator i vurderingen av kvaliteten på tjenestene for psykisk helsearbeid. Dette vil gjerne bidra til at det blir et press på å produsere slike dokumenter.

#### *En samarbeidsprosess der ulike aktører samarbeider*

Thommesen, Normann, & Sandvin (2003:79-80) viser til uttalelser fra deres informanter som fremhever at individuelle planer skapte et grunnlag for

samarbeid som ikke hadde vært der tidligere. Dette er også en av målsettingene med individuelle planer. Utfordringene for tjenesteyterne er dermed å benytte arbeidet med den individuelle planen til å sette i gang denne samarbeidsprosessen.

Egentlig er det ikke noe enten/eller. I utgangspunktet skal den individuelle planen være alle disse prosessene, og jeg mener derfor at beskrivelsen av hvordan individuelle planer blir implementert gjennom tjenesteyterne som iverksettelsesagenter, kan fremstilles i følgende skjema:



Figur 3:3 - Ansatte som iverksettelsesagenter 1

**3.4.3 Hvordan påvirkes agentrollen?**

Jeg mener altså at de tjenesteyterne (koordinatorene) som arbeider med individuelle planer kan ses på som iverksettelsesagenter for en statlig strategi. I denne delen skal jeg gå videre med DiMaggio og Powells (1983) isomorfismebegrep og vise hvordan dette kan brukes til å gjøre noen antagelser om hvordan disse koordinatorene blir påvirket. Som jeg allerede har pekt på, er DiMaggio og Powell (1983) mer opptatt av at selv om organisasjoner er ulike, så er det mest i øyenfallende at de likevel er så homogene. De prøver derfor å finne frem til hvilke faktorer det er som styrer organisasjoner inn i isomorfisme. Begrepet har de hentet fra Hawley (1968), men opprinnelsen er såvidt jeg vet fra realfagene og betyr formlikhet. I Hawleys sammenheng beskriver isomorfisme hvordan enheter i samfunnet som fungerer i likeartede miljøer har samme fellestrekk.

DiMaggio og Powell (1983:440) mener at det foreligger tre årsaker til at vi får isomorfisme i organisasjoner. Disse er:

- Tvang
- Usikkerhet
- Profesjonelle standarder

I dette tilfellet mener jeg vi er i et felt der alle disse faktorene kan eksistere.

### *Tvang*

Det kan være liten tvil om at det her foreligger et ytre press gjennom lover og forskrifter både knyttet til å foreta planlegging og å lage individuelle planer, og om innholdet i disse planene. Det er derfor ikke opp til den enkelte kommune og tjenesteyter selv å vurdere om det skal lages individuelle planer. Her foreligger det et overordnet pålegg. Dette eksterne presset er også tydeliggjort gjennom at det er satt opp klare forventninger til hva arbeidet med individuelle planer skal bidra til. I noen kommuner kommer det dessuten interne krav både knyttet til at det skal utarbeides individuelle planer og hvordan disse skal utformes.

### *Usikkerhet*

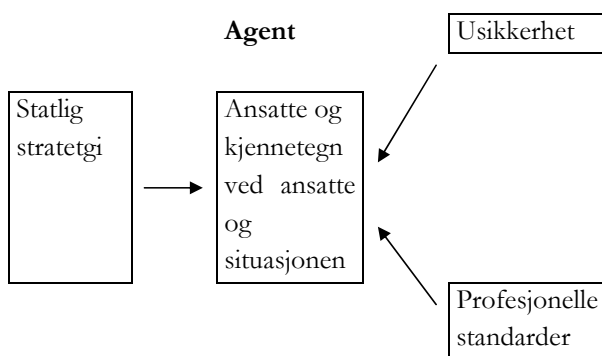
Psykisk helsearbeid er preget av et stort mangfold av teorier og metoder som grunnlag for tjenestetilbudet (jfr kap 1.1.1). Det er derfor en viss usikkerhet i forhold til hvilke tilnærminger som er tjenlige i hvilke situasjoner. Selv om det er klare mål med de individuelle planene, så er disse målene knyttet til begreper som kan være gjenstand for ulike former for tolkning. Hva de ulike deltakerne legger i begrepet brukermedvirkning, er for eksempel ikke alltid klart. Dette kan styrke tjenesteyternes usikkerhet. Et annet poeng som kan bidra til usikkerhet er manglende opplæring. På grunn av kommunenes økonomiske situasjon er det mange koordinatorene som ikke har hatt adekvat opplæring i å arbeide med individuelle planer. Det er derfor grunn til å tro at denne usikkerheten også kan være med på å skape grunnlag for isomorfisme.

### *Profesjonelle standarder*

Det er heller ikke tvil om at psykisk helsearbeid er en sektor preget av profesjonelle og profesjonelle standarder. Mine informanter er i hovedsak sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De fleste faggruppene i helse- og sosialsektoren har klare normer for hva som skal prioriteres. En del av

disse normene utvikles gjennom utdanningene (Borum 1999), andre er et resultat av klart formulerte etiske prinsipper for yrkesutøvelsen. Slike normer kan påvirke både hva den enkelte mener er riktig faglig løsning på et gitt problem og hvilke prioriteringer man mener er riktige. Dette innebærer at noen utdanninger har hatt en forkjærlighet for å velge en bestemt type behandling, mens andre utdanninger har hatt andre løsninger på samme problem. Det er også velkjent at det innen noen yrkesgrupper gir større status å arbeide med visse områder av faget enn med andre. Disse faglige standardene bidrar også til at tjenesteyterne påvirkes til å velge samme løsning som andre med samme fagbakgrunn.

Den agentrollen som ble presentert foran vil dermed påvirkes av følgende forhold



*Figur 3:4 - Ansatte som iverksettelsesagenter 2*

Dette presset skal så den enkelte tjenesteyter prøve å tilpasse seg til.

Poenget med denne presentasjonen av ny-institusjonelle perspektiver er å vise at forventningene om hvorvidt de sentrale vedtak som er gjort knyttet til individuelle planer, faktisk bidrar til at de målene som er skissert blir oppfylt, er diskutabelt. Det er tvert imot gode grunner til å tro at arbeidet med individuelle planer ikke entydig får de virkninger som forutsatt. Denne usikkerheten er det nettopp som er grunnlag for at jeg mener det er interessant å se nærmere på virkningen av de individuelle planene.



Problemstillingen min i denne avhandlingen er altså: ”*Hvordan ivaretas målene med individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid?*”. Jeg har tidligere trukket frem fire sentrale mål som jeg vil se nærmere på. De fire skisserte målene med individuelle planer vil jeg benytte som kriterier for hva som er gode planer eller gode prosesser. Jeg vil derfor konkretisere den skisserte problemstillingen i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan bidrar arbeidet med en individuell plan til brukermedvirkning?
2. Hvordan bidrar arbeidet med en individuell plan til et individuelt tilpasset tjenestetilbud?
3. Hvordan bidrar arbeidet med en individuell plan til at de ulike tjenesteyterne samarbeider om tjenestetilbudet?
4. Hvordan bidrar arbeidet med en individuell plan til et helhetlig tjenestetilbud til pasienten?

## 4 UNDERSØKELSENS DESIGN OG GJENNOMFØRING

I dette kapitlet skal jeg gjøre nærmere rede for hvordan denne undersøkelsen er gjennomført. Etter en presentasjon av ulike teoretiske perspektiver på utformingen av slike undersøkelser, følger en beskrivelse av hvordan undersøkelsen er designet. Jeg beskriver så nærmere hvordan dataene er samlet inn og gir videre en presentasjon av hvordan disse er analysert. Avslutningsvis diskuteres kvaliteten på undersøkelsen og de fremskaffede data.

### 4.1 Evaluering

Denne undersøkelsen fremstår i utgangspunktet som en evalueringsundersøkelse, eller evalueringsforskning. Det var også min opprinnelige intensjon å gjennomføre en slik evaluering, og designet for denne undersøkelsen ble opprinnelig utformet med intensjoner om å søke om midler fra evalueringen av opptrappingsplanen for psykiatri. Slik ble det ikke, og etter hvert har undersøkelsen fått en noe mer bredere utforming enn opprinnelig tenkt, slik at den rene evalueringen for en stor del er forlatt. En klassisk problemstilling er om *evaluering er forskning*. Både Almås (1990:21) og Palumbo (1987:17) peker på at det etter hvert, særlig i USA, har oppstått et stort marked for bl.a. private konsulentfirmaer som påtar seg ulike former for evalueringsoppdrag. En del av disse oppdragene mangler i sin utforming de sentrale kjennetegnene på forskning. Likevel er begge forfatterne enige om at det også finnes omfattende eksempler på evalueringsprosjekter som klart kommer inn under betegnelsen forskning. Almås (1990:16) konkluderer med at evalueringsforskningen fremstår som en del av den anvendte samfunnsforskningen. Hans krav om at det skal foreligge en planlagt endring for at det skal kunne gjennomføres en evaluering, er mer diskutabel, men med den forutsetning at undersøkelsen også må gjelde ikke intenderte virkninger, kan jeg akseptere en slik avgrensning.

Nå er begrepet evaluering ikke et presist begrep (Palumbo 1987, Vedung 1998). Palumbo (1987) siterer Lincoln & Guba som presenterer fire former for evaluering:

1. Determining the congruence between performance and objectives. (This is the conventional summative or impact evaluation.)

2. Obtaining information for judging decision alternatives. (This is the approach of operations research.)
3. Comparing actual effects with demonstrated needs. (This is Scriven's goal-free evaluation.)
4. Critical describing and appraising an evaluation through connoisseurship. (This is what art critics do.)

(Palumbo 1987:15)

Designet på denne undersøkelsen samsvarer først og fremst med den første av disse formene. Det betyr at denne undersøkelsen i stor grad kan oppfattes som en målevaluering. Jeg har i denne undersøkelsen tatt utgangspunkt i de målene som ligger bak innføringen av individuelle planer. Begrunnelsen for dette er mer praktisk enn prinsipiell. For meg handler det i like stor grad om å ha et utgangspunkt for å skissere noen antagelser og for å kunne operasjonalisere de dataene jeg skulle samle inn. Det betyr ikke at jeg ensidig ønsker å vurdere om målene er nådd eller ikke. Mitt fokus var i like stor grad å finne ut hvordan målene nås, eventuelt ikke nås. Jeg er i like stor grad interessert i de ikke-intenderte virkningene som de planlagte.

Dette er klart i tråd med den tradisjon Vedung (1993:55-74) beskriver. Han understreker at en (av flere) viktig innvending mot målevaluering, er at den ikke analyserer andre og ikke-intenderte virkninger av det tiltaket som skal vurderes. Vedung viser derfor at man kan komplementere en målevaluering med en bieffektsevaluering. Poenget med en bieffektsevaluering er at denne fokuserer på de ikke-intenderte virkningene av tiltaket. Kombinerer man disse evalueringsperspektivene får man en tilnærming til problemstillingen som gir et interessant bilde både av om målene er nådd og om tiltaket eventuelt har ført til andre resultater enn det man skisserte i disse målene.

Et problem med en slik tilnærming er at fokuset i stor grad knytter seg til en sluttevaluering. Barth (1994:76) går så langt at han hevder at dersom man skal kunne fange opp endringer i et sosialt system, så er det ikke tilstrekkelig med en "før – etter" beskrivelse der man analyserer data samlet inn på to forskjellige tidspunkter. Man må faktisk delta så aktivt at man kan forstå begivenhetene som skaper endring.

Et av de sentrale poengene med en individuell plan er at den skal være i kontinuerlig utvikling. Planen skal representere en prosess der tjenestene utvikles i takt med brukerens mål og behov. En form for prosessevaluering synes derfor helt nødvendig i denne sammenhengen. I praksis begynner jeg da å nærme meg det som Vedung (1993:70) kaller en helsystemevaluering.

En helsystemevaluering består i prinsippet av to spørsmål:

- Hva er kvalitetskriteriene?
- Hvordan ser den faktiske situasjonen ut?

Disse to spørsmålene skal så stilles i forhold til input, virkning, sluttprodukt, brukere, brukernes hensikt, samfunnsvirkning, evaluering og tilbakeføring. Det vil si at en helhetsevaluering prøver å få med seg flest mulig av disse elementene slik at man får et mest mulig helhetlig bilde av hvilke virkninger implementeringen av individuelle planer har hatt.

Dette stemmer også mer med mitt organisasjonsteoretiske utgangspunkt, institusjonalismen (Peters 1999) Et slikt perspektiv innebærer at jeg ikke forstår en institusjon, eller en offentlig tjeneste, som en samling rasjonelle aktører. Jeg legger til grunn at de resultatene vi får av en prosess er påvirket av *a) sammenhengene organisasjonen befinner seg i, b) organisasjonens oppbygging og virkemåte og c) kjennetegn ved aktørene og deres strategier*. Slik jeg ser det, er de resultatene vi får en konsekvens av alle disse elementene. Skal man forstå det som skjer i en organisasjon, så er det da ikke nok å analysere hvorvidt målene er nådd, man må også se på hva som skjer i selve prosessen.

Her nærmer jeg meg den kritiske realismen (Danermark, & al 2003). Fokus i den kritiske realismen er ikke hendelsene og de resultater disse fører til, men de mekanismene i organisasjonen som fører til gitte hendelser. Spørsmålet er derfor ikke bare om en individuell plan fører til brukermedvirkning, individuell tilpasning, samordning og helhet? I like stor grad er spørsmålet om hvorfor individuelle planer kan føre til brukermedvirkning, individuell tilpasning, samordning og helhet. Og kanskje enda mer interessant, hvorfor skjer det i noen sammenhenger og ikke i andre? Selv om jeg på forhånd hadde en del klare forventninger om hvilke resultater jeg ville finne, så mener jeg at jeg har valgt en induktiv tilnærming til undersøkelsen (Jacobsen 2000:28). Med det mener jeg at jeg ikke har valgt å teste gitte antagelser for å se om disse kan verifiseres eller

avkrefte. Selv om jeg har tatt utgangspunkt i de formulerte målene for individuelle planer, så er ikke dette et uttrykk for at jeg tester bestemte antagelser. Mitt institusjonelle perspektiv, at de individuelle planene er et resultat av mer enn forholdet mellom tjenesteyter og bruker, er en klar forhåndsantagelse. Likevel mener jeg at dette er en så generell holdning at det ikke er en antagelse som jeg tester i denne undersøkelsen.

Utgangspunktet for datasamlingen var derfor en induktiv tilnærming som innebærer at jeg så for meg at det er ulike faktorer som påvirker og kan påvirke arbeidet med individuelle planer. Datasamlingen foregikk over mer enn ett år. I løpet av denne perioden ble deler av materialet som jeg hadde samlet inn analysert. Sammen med en omfattende litteraturgjennomgang bidro dette til at jeg etter hvert utviklet mer presise antagelser som jeg ønsket å teste. Underveis ble dermed min datasamling stadig mer deduktiv. At jeg på forhånd har kunnskap om hvordan slike faktorer har påvirket i andre sammenhenger, anser jeg som en nødvendig forutsetning for å kunne sette de dataene jeg finner inn i en sammenheng. Min tilnærming til datasamlingen blir dermed intensiv (Danermark & al 2003:290, Jacobsen 2000:73). Et intensivt design innebærer at man prøver å finne ut mest mulig om den prosessen som skal analyseres. Valg av datasamlingsmetoder er et resultat av hvordan jeg tror jeg får frem mest mulig relevante data. Jeg velger derfor mellom kvalitative eller kvantitative datasamlingsmetoder ikke ut fra en prinsipiell tilnærming, men mer ut fra en pragmatisk tilnærming, der jeg spør meg selv om hvilke data som best gir den innsikten jeg ønsker.

En kompliserende faktor i alle slike undersøkelser peker Peters & Savoie (1998:9) på. De målene som skisseres i forhold til individuelle planer er nokså generelle mål som ligger til grunn for mange ulike tiltak i samfunnet. Det er viktig å ha klart for seg at individuelle planer bare er et element i en generell handlingsplan for styrking av psykisk helsearbeid. Særlig har styrking med økte økonomiske tilskudd, flere stillinger og kompetanseutvikling, vært rettet mot de kommunale psykiatritjenestene. Det er derfor vanskelig å skille ut om eventuell økt brukermedvirkning er et resultat av en allmenn samfunnsutvikling eller om individuelle planer kan få all eller deler av æren for et slikt resultat. Økt samordning av tjenestene er et ønske som har mer enn 30 års historie bak seg (se for eksempel NOU 1972: 23, og NOU 1986: 4). Selv om jeg kan dokumentere at det har vært en utvikling som har bidratt til økt samordning, kan jeg ikke uten videre konkludere med at individuelle planer har påvirket

denne utviklingen. Målet er derfor å finne frem til mekanismer knyttet til arbeidet med individuelle planer som bidrar til samarbeid.

Utgangspunktet for denne undersøkelsen er den individuelle planen og den prosessen som foregår i forbindelse med utarbeiding av en slik plan. Selv om planen som dokument kan utarbeides på et gitt tidspunkt, så forutsetter jeg at dette produktet bygger på en hel rekke forskjellige hendelser både før og etter at produktet utformes. På forhånd skal man for eksempel avklare eventuelle muligheter med andre tjenester, etterpå skal man gjøre avtaler og følge opp fremdrift av planen. Dette betyr at selve planleggingsprosessen og oppfølgingen av planen er mye mer omfattende enn selve produksjonen av plandokumentet. Jeg tok derfor utgangspunkt i koordinatorene og antok at datasamlingen måtte følge en form for spiral der jeg kunne følge prosessen fra koordinatoren satte den i gang og noen tid fremover. Undersøkelsesdesignet skulle dermed være interaktivt og bli påvirket og videreutviklet etter hvert som nye data og ny innsikt kom til i prosessen (Maxwell 1996:5). Konsekvensen av denne tilnærmingen var at jeg allerede fra første stund hadde planlagt å benytte et bredt spekter av datasamlingsmetoder.

Planen var å intervju koordinatorene og eventuelt andre ansatte som engasjeres i arbeidet. Koordinatorene skulle bli intervjuet flere ganger i løpet av prosessen. Jeg ønsket også å delta både på møter mellom koordinator og bruker, og på såkalte ansvarsgruppemøter der flere tjenesteytere møtes med brukeren for å koordinere tjenestetilbudet. Jeg planla også en del dokumentanalyser for å se på utformingen av selve den individuelle planen, eventuell skriftlig kommunikasjon mellom de ulike tjenestene og eventuelle maler for individuelle planer.

Et problem som jeg var usikker på hvordan jeg skulle løse var hvordan jeg skulle få frem tjenestemottakernes synspunkter og tolkninger av det som skjedde. Den normale tilnærmingen vil være å intervju de aktuelle tjenestemottakerne. Jeg har erfaring med intervjuer både av tjenestemottakere og pårørende fra tidligere. Denne erfaringen viser at det er begrenset hva jeg kan få ut av slike intervjuer, i tillegg oppstår det en del etiske problemer knyttet til både til datasamling og til bruk av disse dataene. Dette er en problemstilling som jeg kommer til å diskutere nærmere siden, men konklusjonen var at jeg av flere årsaker valgte å la være å intervju de aktuelle brukerne.

## 4.2 Innsamling av data

Utgangspunktet er at denne undersøkelsen har et intensivt design og at jeg benytter kvalitative datasamlingsmetoder. Målet med en slik undersøkelse er å finne flest mulig egenskaper ved de ulike variablene. Maxwell (1996:71-73) skisserer fire forskjellige strategier for utvelgelse av respondenter. Som jeg skal komme tilbake til, så har jeg begrensede ambisjoner om å generalisere de dataene jeg kommer frem til. Valget av respondenter ble i min sammenheng derfor forholdsvis pragmatisk. Jeg skulle følge respondenten opp over tid, både med intervjuer og deltakende observasjon. Jeg ønsket derfor å velge ut respondenter som jeg kunne nå forholdsvis raskt, slik at det ikke gikk for mye tid vekk til reise og slik at jeg hadde muligheter til å stille på eventuelle koordinatormøter som innkalles på kort varsel i forbindelse med akutte situasjoner. Likevel var intensjonen å finne frem til respondenter der det var noen systematiske forskjeller for å se om disse kunne ha noen betydning. Dette gjaldt særlig spørsmålet om hvordan kommunen og tjenesten for psykisk helsearbeid var organisert.

Utgangspunktet for datasamling var at jeg tok kontakt med to østlandskommuner for å be om tillatelse til å samle inn data der. Jeg hadde allerede før jeg startet opp med datasamlingen en antagelse om at organisering av kommunene kunne påvirke samarbeidet i forbindelse med en individuell plan. Jeg sendte derfor forespørsel til tjenesten for psykisk helsearbeid i to kommuner, der den ene var organisert med en såkalt bestiller/utfører-modell, mens den andre organiserer seg ut fra en klassisk hovedutvalgsmodell. Bestiller/utfører kommunen beklaget, men sa seg ikke interessert i å delta i undersøkelsen, hovedutvalgs-kommunen sa seg derimot interessert. Jeg tok videre kontakt med en annen kommune med hovedutvalg og fikk der positiv respons på min henvendelse. Jeg ba i disse kommunene om tillatelse til å følge 3 personer i deres arbeid med individuelle planer. Leder av tjenestene for psykisk helsearbeid i disse to kommunene plukket så ut tre personer som stilte opp frivillig i hver kommune. Av disse seks har siden en trukket seg og en kom ikke i gang med noen individuelle planer i løpet av datasamlingsperioden, slik at jeg har hatt 4 hovedinformanter. Disse koordinatorene har jeg intervjuet to ganger hver, med ca et halvt års mellomrom. I tillegg intervjuet jeg lederne for tjenestene for psykisk helsearbeid i de to kommunene, før jeg tok kontakt med disse hovedinformantene. Ett av intervjuene var et gruppeintervju med de tre informantene i den ene kommunen. Til sammen har jeg derfor 9 intervjuer i

denne sammenhengen. Alle disse intervjuene ble gjennomført på informantenes kontorer.

I perioden mellom disse intervjuene har jeg deltatt på møter som koordinatorene har deltatt på, i hovedsak har dette vært såkalte ansvarsgruppemøter. I noen få tilfeller har møtene vært direkte med en eller to andre etater, med sikte på å få løst konkrete problemer. Noen av hovedinformantene har hatt flere brukere jeg har fått følge, andre har bare hatt én. Alle brukere har gitt særskilt tillatelse til at jeg deltok på møtene. Noen brukere har jeg fulgt i flere møter, andre i bare ett. Et særlig kjennetegn ved sektoren er at brukernes situasjon svinger. Det betyr bl.a. at prosessen har vært mer intensiv og omfattende for noen enn for andre. Til sammen har jeg fulgt arbeidet med individuell plan til i alt 7 brukere. Noen har jeg bare vært på ett møte i forhold til, mens det mest omfattende er 6 møter for en og samme person. I alt har jeg deltatt på 15 møter. Fra alle disse møtene er det skrevet observasjonsnotater.

I forbindelse med disse møtene har det flere ganger oppstått etterfølgende samtaler mellom meg og koordinatorene hvor jeg delvis er blitt informert om bakgrunnen for visse ting som er skjedd eller har blitt sagt i møtet, og hvor jeg delvis har fått umiddelbare reaksjoner på dette. Dersom innholdet i disse samtalene er blitt ansett relevant for undersøkelsen, er de dokumentert i observasjonsnotatene. Alle observasjonsnotatene, med unntak av ett, er skrevet for hånd og renskrevet på data etterpå.



Denne datasamlingen kan oppsummeres i følgende tabell:

*Tabell 4:1- Første datasett*

Kommune	Intervjupersoner	Antall intervjuer	Bruker nr.	Antall ansvarsgruppemøter	Indv Plan
1	Leder	1			
	Koordinator 1	2 <sup>3</sup>	1	6	Ja
			2	2	Ja
			3	1	Nei
	Koordinator 2	2 <sup>1</sup>	4	2	Ja
			5	2	Ja
	Koordinator 3	1 <sup>1</sup>			Nei
2	Leder	1			
	Koordinator 4	2	6	1	Ja
	Koordinator 5	2	7	1	Ja

Til sammen har dette blitt 9 intervjuer hvorav ett er et gruppeintervju med 3 personer. 7 brukere er fulgt og jeg har vært observatør på 15 ansvarsgruppemøter. Jeg har fått med meg utarbeidingen av i alt 6 individuelle planer. Noen av disse 6 planene ble ikke ferdige, men var bare forslag i en pågående prosess. Dataene i dette datasettet er samlet inn over en periode på mer enn et år. Det betyr at jeg har kunnet følge en del prosesser over lengre tid. Gjennom en slik oppfølging har det også oppstått det jeg kan kalle mer uformelle datasamlingssituasjoner, for eksempel samtaler før og etter ansvarsgruppemøter, samtaler på telefonen i forbindelse med avtale om nye møter etc. I den grad jeg har oppfattet at opplysninger som kom frem på denne måten hadde betydning for min undersøkelse, er disse skrevet ned. Det har likevel oppstått situasjoner underveis som jeg der og da ikke har sett relevansen av, men som jeg i forbindelse med analysearbeidet har sett at var viktige. Det er dette datasettet som har vært det viktigste grunnlaget for mine analyser.

Underveis i prosjektet fikk en kollega og jeg en forespørsel fra en regional kommunerevisjon om vi kunne bistå i forbindelse med en forvaltningsrevisjon

---

<sup>3</sup> Det første intervjuet med disse tre koordinatorene, var et gruppeintervju. Koordinator 3 kom ikke i gang med noen individuelle planer i den perioden jeg samlet inn data og hun ble derfor ikke intervjuet flere ganger.

av to kommuner som hadde tatt i bruk bestiller/utfører-modellen<sup>4</sup>. På vegne av denne regionale kommunerevisjonen har vi derfor samlet inn og analysert data om tjenesten for psykisk helsearbeid i disse kommunene. I denne forbindelse har temaene individuelle planer og samarbeid vært sentrale i mange av intervjuene, og data fra denne undersøkelsen er derfor også lagt inn her. I den forbindelse har vi intervjuet i alt 22 personer hvorav to av intervjuene har vært gruppeintervjuer. Disse intervjuene ble gjennomført på informantenes kontorer eller på møterom som informantene disponerte. Til sammen er det i denne sammenhengen gjennomført 13 intervjuer. Dette andre datasettet kan oppsummeres i følgende tabell

*Tabell 4:2- Andre datasett*

Kommune	Intervjuer	Personer	Ant	Kommentar
3	ledere	3	3	
	bestiller	1	1	
	Utovere	8	1	gruppeintervju
	Utovere	3	3	Alle hadde erfaring som koordinator
4	ledere	3	3	
	bestiller	1	1	
	Utovere	3	1	Gruppeintervju
<b>Tilsammen</b>		<b>22</b>	<b>13</b>	

Som det vil gå frem av denne tabellen var det ikke noen av de intervjuede i kommune nr. 4 som hadde erfaring med individuelle planer. Det skyldes at man i denne kommunen ikke hadde tatt i bruk slike planer. I den grad noen av brukerne hadde slike planer var det et resultat av at de var blitt utarbeidet mens brukeren var innlagt i institusjon. Disse planene hadde så kommunen ”arvet”. Likevel var det også i denne kommunen sterke synspunkter på hvordan slike planer kunne utarbeides og hvordan koordinatorrollen skulle formes.

I kommune nr. 3 hadde de tre koordinatorene omfattende erfaring med individuelle planer, og deres vurderinger er tatt med. Fordi man i denne

<sup>4</sup> Bestiller/utfører-modellen innebærer at kommunen skiller mellom dem som gjennom vedtak bestiller hvilke tjenester brukeren skal få (bestillerne), og de som yter tjenestene (utførerne).

kommunen generelt sett også hadde mye erfaring med individuelle planer, hadde også andre enn koordinatorene meninger om slike planer. Den viktigste årsaken til at data fra denne undersøkelsen er tatt med i denne sammenhengen er at disse to kommunene representerer en annen kommunal organisering enn de to andre kommunene. Det gir meg muligheter for å vurdere i hvilken grad ulike organisatoriske løsninger i kommunene påvirker arbeidet med individuelle planer og virkningen av disse planene.

Dette datasettet representerer bare intervjuer, og her er ikke noen av de intervjuete fulgt over tid. Disse dataene har derfor ikke samme status i denne undersøkelsen som dataene fra det første datasettet.

Jeg har også intervjuet to ansatte i Sosial- og helsedirektoratet for å få litt mer bakgrunnsstoff for innføringen av ordningen med individuelle planer.

### **4.3 Analyse av dataene**

#### ***4.3.1 Intervjuene***

Alle intervjuene, i begge datasettene, var semistrukturerte i den forstand at det til intervjuene alltid forelå en intervjuguide, men der det bare var formulert hvilke temaer jeg skulle innom, ikke konkrete spørsmål. For de koordinatorene som ble intervjuet flere ganger ble det andre intervjuet tilpasset både de svarene jeg hadde fått første gang og spørsmål som jeg etter hvert hadde på grunnlag av observasjoner av det som var skjedd på ansvarsgruppemøtene.

Ett av intervjuene i det første datasettet og to i det andre, var gruppeintervjuer. To av disse var med tre personer, mens det ved det tredje var åtte deltakere. Min vurdering er at gruppeintervjuer med tre personer går bra, men at det ble for mye med åtte. Det var også hensiktsmessig å bruke gruppeintervjuer som et første intervju før observasjonene. Gruppeintervjuet ga i denne sammenhengen en god innsikt i hvordan tjenesteyterne selv så for seg at de kunne ivareta målene med individuelle planer. Selv om jeg styrte denne samtalen, ble det også en viss diskusjon mellom informantene om bl.a. begrunnelser for en del utsagn. Slike diskusjoner ga meg en god innsikt i både i variasjonsbredden av tiltak og i ulike vurderinger av hensiktsmessigheten med disse tiltakene. Brandth (1996) peker på at gruppeintervjuer kan egne seg særlig godt for å få frem innsikt i forhold til situasjoner som er ukjente for forskeren. Det er også min erfaring, og gruppeintervjuer egnet seg derfor bra som et innledningsintervju, men siden

intervju nr. 2 i større grad rettet seg inn mot det jeg hadde sett i løpet av observasjonene, så valgte jeg der å bruke individuelle intervjuer.

Til en viss grad kan man si at analysen av dataene startet allerede under intervjuene. Kvale (1997:98) sammenligner det gode forskningsintervjuet, med den gode terapeutiske samtalen. Slik jeg forstår han, så ligger det i dette at svaret på et spørsmål, vil kunne danne utgangspunkt for neste spørsmål. Konkret betyr dette at jeg underveis i intervjuene har prøvd å tolke det som er blitt sagt og fulgt opp med tilleggsspørsmål for å få bekreftet eller avkreftet om de tolkningene som jeg har gjort der og da, er riktige.

Alle intervjuene er tatt opp med digital opptaker. Det betyr at de etterpå har blitt overført til en pc, og viderebehandlet der. I alt er 6 av intervjuene fra det første datasettet transkribert og analysert som skriftlig materiale. Fra det andre datasettet er alle 13 intervjuene transkribert. I tillegg har jeg også analysert intervjuene ved å lytte til dem. Kvale (1997:109) beskriver hvordan han ser for seg at fremtidens teknologiske muligheter kan bidra til at man kan behandle lydopptakene på en slik måte at man slipper å spole frem og tilbake på et lydbånd. Den teknologien er nå tilgjengelig og mulighetene for å arbeide med intervjuet som en lydfil, er nå vesentlig bedre enn tidligere. Jeg er selv positivt overrasket over hvor interessant det er å analysere et intervju direkte fra lyd. Slik Kvale (1997) understreker får man på denne måten frem vesentlig mer av intervjuet enn fra en skrevet tekst. Ved å lytte til et intervju får man med seg mer av det som skjer rundt uttalelsene. Jeg har derfor lyttet til alle intervjuene flere ganger, også de som er transkribert.

Det er mange måter å analysere intervjuer på. Mange av disse handler om former for koding (se for eksempel Miles & Hubermann 1994). Forutsetningen for å få til slik koding er i praksis at man har utskrift av intervjuene. Jeg har i liten grad brukt slike teknikker, men intervjuene fra første runde med hovedinformantene ble delvis analysert slik, uten at denne kodingen ble trukket med videre i analysen.

#### ***4.3.2 Ansvarsgruppemøtene***

Under alle ansvarsgruppemøtene fylte jeg ut et skjema der jeg delte opplysningene inn i tre felter. Dette var først og fremst hva de sa, der jeg prøvde å få med meg det de sa uten at jeg på noen måte vurderte hva som var

relevant. I tillegg hadde jeg et felt for hva de gjorde. Der registrerte jeg overordnede poenger som at de diskuterte fremtiden til brukeren, de prøvde å utforme mål etc. Det siste feltet var et åpent felt der jeg registrerte andre opplysninger som jeg mente var av interesse, også mine egne vurderinger. Dette kunne være opplysninger som ”nå virker tjenestemottakeren glad” eller vurderinger som ”utsettes han for manipulering nå?” eller ”hvorfor er det ingen som svarer på tjenestemottakerens spørsmål?”

Observasjonen av slike ansvarsgruppemøter har vært viktige data i denne undersøkelsen. Det skyldes flere forhold. Først og fremst er det viktig å ha klart for seg at hva folk gjør og hva de sier de gjør i mange sammenhenger kan være to forskjellige ting (Agyris 1990:26) Gjennom observasjonene har jeg dermed kunne registrere hva koordinatorene faktisk gjør. Schön (1983) hevder at profesjonelle yrkesutøvere etter hvert kommer i en situasjon der de i kjente situasjoner handler mer ut fra refleks enn analyse. I praksis innebærer det at flere av mine informanter løste visse utfordringer på måter som de ikke sa noe om, og som jeg ikke ville fått innsikt i dersom jeg ikke hadde observert aktiviteten deres.

Et annet poeng er at de begrepene jeg tar utgangspunkt i, som for eksempel samarbeid, er begreper som jeg prøver å gi en forholdsvis presis definisjon, men som folk flest har en mer intuitiv forståelse av. At man på denne måten har ulik forståelse av samme begrep, kan skape uklarheter og misforståelser i en intervjusituasjon. Gjennom observasjoner har jeg derimot kunnet se hvordan man faktisk har samarbeidet og hvordan dette stemmer med min definisjon.

Med utgangspunkt i disse observasjonene har jeg dermed kunnet analysere handlingene til de ulike deltakerne og på den måten fått frem en annen forståelse av hvordan arbeidet med individuelle planer foregår, enn om jeg bare hadde intervjuet deltakerne.

På mange måter kan det sies at det er observasjonene som har vært det sentrale i min datasamling. Dette skyldes blant annet at det er på denne måten jeg har sammenlignet min forforståelse og definisjoner med hva som faktisk skjer. Hvorvidt det er brukarmedvirkning i arbeidet med den individuelle planen, analyseres dermed ikke med utgangspunkt i hva informantene sier, men ut fra hva de gjør. Disse analysene danner så i stor grad utgangspunkt for innholdet i det andre intervjuet. En ulempe med observasjoner er at det kan være vanskelig

å tolke intensjonene bak handlingene. Slike intensjoner og begrunnelser har jeg kunnet få frem gjennom å benytte meg av intervjurunde nummer to.

Bruk av forskjellige datasamlingsmetoder kalles metodetriangulering (Jacobsen 2000:123). En gevinst av slike trianguleringer er at de resultater man finner, gjensidig kan bekreftes av de ulike datasamlingsmetodene.

En svakhet ved min undersøkelse er at en del av kommunikasjonen mellom bruker og koordinator (og for den saks skyld også de andre tjenesteyterne) har foregått i direkte og eksklusiv dialog mellom de to. Slike samtaler har jeg ikke fått anledning til å delta i, fordi jeg i slike sammenhenger lett kan oppfattes som en forstyrrende faktor i en situasjon der kontakten og dialogen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er avgjørende for kvaliteten på disse møtene. Selv om jeg gjerne skulle ha deltatt på noen slike møter, har jeg stor forståelse for en slik vurdering.

Et sentralt poeng med min analyse har vært at jeg har tatt utgangspunkt i noen kriterier for ”gode” og ”dårlige” resultater som jeg selv har utviklet. Jeg har på denne måten prøvd å ivareta Vedungs (1998) krav til en helsystemevaluering. Det betyr videre at mitt analysefokus ikke har vært så induktivt som grounded-theory’en legger opp til. Underveis i arbeidet har det vært en utvikling. Utgangspunktet mitt var en induktiv tilnærming, men etter hvert som jeg både har samlet inn data og lest andre relevante undersøkelser, har tilnærmingen blitt mer deduktiv. I min sammenheng betyr det at jeg på forhånd delvis har noen antagelser om hva som vil skje og delvis har noen kriterier for hva som kan kalles positive resultater. Dette har selvfølgelig bidratt til å styre mine analyser i en bestemt retning. Slik jeg ser det, er dette både ulempen og fordelen med kunnskap.

Datasamlingen og analysen kan oppsummeres på følgende måte

Første del består av intervjuer med ledere og tjenesteytere i kommune 1 og 2. Disse intervjuene gir meg innsikt i hva som gjøres med individuelle planer og hvorfor. De gir meg da grunnlag for å registrere hva som skjer i ansvarsgruppemøtene og for å forstå en del av intensjonene bak det som skjer.

Analysen av disse ansvarsgruppemøtene og de første intervjuene danner så utgangspunkt for det tredje elementet, det andre intervjuet med mine

hovedinformanter. Denne intervjurunden brukes til å få frem både forklaringer og begrunnelser for det som har skjedd. Intervjuene utviklet seg også delvis til diskusjoner om hvordan en del av de handlinger vi begge hadde registrert skulle forstås.

Det siste elementet er intervjuene i kommune nr. 3 og 4. Disse intervjuene har gitt en større bredde både på data og på analyser. Fordi organisering og arbeidsformer er noe annerledes i disse to siste kommunene, enn i de første, så har en del av beskrivelsene og begrunnelsene fra disse kommunene gitt et utvidet grunnlag for å analysere hvordan visse rammebetingelser virker inn på koordinator og brukers arbeid med individuelle planer.

## **4.4 Undersøkelsens troverdighet**

### ***4.4.1 Validitet og reliabilitet***

Jeg har foran pekt på at det ikke er mange undersøkelser knyttet til individuelle planer, men likevel foreligger det mange relevante undersøkelser om tilsvarende prosesser som den jeg vil undersøke. Deler av analysen bygger på en verifisering eller avkrefting av aktuelle antagelser som kan utvikles med bakgrunn i undersøkelser fra andre områder. Likevel la jeg i analysearbeidet vekt på å være åpen for at det finnes andre og ukjente sammenhenger og forklaringer enn det som man kunne anta på forhånd (Maxwell 1996). Hele poenget med å velge en slik induktiv og kvalitativ tilnærming som det jeg har gjort, er nettopp å legge til rette for at forklaringer som ikke ligger i forhåndsutviklete antagelser, skal kunne avdekkes.

En alvorlig utfordring for validiteten i kvalitative undersøkelser er forskerens tendens til å tolke de data man får inn som bekreftelse på forhåndsutviklete antagelser (Olsen 2003). Det at jeg selv ikke har helsefaglig utdanning og erfaring fra psykisk helsearbeid, kan forsterke en slik tendens til å mistolke situasjoner. Ved at en del av respondentene ble intervjuet flere ganger, fikk jeg en anledning til å teste tolkninger overfor disse. Erfaringene fra dette var positive og jeg opplevde både at mine tolkninger ble bekreftet og avkreftet gjennom intervju nr. 2.

Mitt utgangspunkt var at individuelle planer ble innført fra 1.7.2001, ca to år før jeg begynte min datasamling. Dette var en rettighet som alle brukere av

tjenesten for psykisk helsearbeid fikk fra den datoen, og jeg forutsatte derfor at en stor del av disse brukerne da to år etterpå, hadde slike planer. Vi vet i dag at arbeidet med individuelle planer likevel ikke er kommet skikkelig i gang (SINTEF 2004, Rådet for psykisk helse 2003). Det innebar at det var begrenset hvor mange ansatte i den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid som hadde kunnskap om og erfaring med individuelle planer. I praksis innebærer dette at de som har stilt opp som informanter, er personer som av ulike grunner har tatt et særlig ansvar for å komme i gang med individuelle planer. I praksis har disse vært et lite mindretall, og jeg har derfor ikke hatt muligheter for å velge blant en større gruppe. Slik sett synes ikke derfor mine informanter ikke å representere den gjennomsnittlige ansatte i kommunal psykiatritjeneste. Det bilde de har gitt meg kan derfor i liten grad sies å være et representativt bilde. Dersom jeg hadde hatt ambisjoner om å evaluere bruken av individuelle planer generelt, så hadde dette vært et problem. Slike ambisjoner har jeg ikke. En måte å oppfatte denne undersøkelsen på, er å se på den som et case-studium<sup>5</sup> (Yin 2003). I slike studier er representativitet ikke et problem, og jeg anser derfor ikke den manglende representativiteten til informantene som noe stort problem.

Et annet problem kan være at ideologien bak individuelle planer og reformene i psykisk helsearbeid er klart markedsført. Det betyr at de ansatte som har motforestillinger mot denne ideologien ikke ønsker å stå frem som informanter, eller at informantene sier de "riktige" tingene, men gjør noe annet. Jeg har gjennom min presentasjon av prosjektet prøvd å markedsføre det på en slik måte at aktuelle informanter ikke skal oppleve det som om prosjektet er en evaluering av informantene og hvorvidt de selv har de "riktige" holdninger og kunnskaper. I tillegg regner jeg med at jeg ved å bruke flere datasamlingsmetoder, kan kompensere for respondentenes ønske om å gi de "riktige" svarene. Flere forskjellige datasamlingsmetoder styrker dermed undersøkelsens validitet (Yin 2003).

Reliabiliteten i prosjektet vil først og fremst bli ivaretatt gjennom bruk av logger og annen skriftlig dokumentasjon. Alle intervjuer tas dessuten opp med en digital diktafon. Det betyr at intervjuene etterpå blir lagret digitalt i en datamaskin (med back-up system). Dette gjør at intervjuene kan tas frem og

---

<sup>5</sup> Yin (2003), s 14 definerer både "single- and multiple-case studies" som ulike former for case-studier. Min undersøkelse blir i hans terminologi å anse som en "multiple case studie"



lyttes til flere ganger (latter og tonefall som sier noe mer om hvordan en uttalelse skal tolkes, kan dermed sjekkes i ettertid).

#### ***4.4.2 Etiske overveielser***

Når man samler inn data fra et så spesielt felt som kommunepsykisk helsearbeid, så reiser det noen etiske problemstillinger. Slike problemstillinger knytter seg selvfølgelig til brukerne, men også til de ansatte.

De ansatte som har deltatt i denne undersøkelsen har stilt opp og avslørt både sine svake og sterke sider. For alle sammen har individuelle planer vært et nytt hjelpemiddel og i større eller mindre grad har de derfor måttet prøve og feile seg frem til en måte å gjøre jobben på. Den usikkerheten har de vært åpne om og flere sier direkte ut at de har stilt opp som informanter for å kunne lære om hvordan individuell plan kan være et hensiktsmessig hjelpemiddel. I en undersøkelse som dette er det lett avvikene som blir interessante. Fokus blir i større grad analyser av avvikene fra mål og forutsetninger. Dette kan gjerne oppfattes som kritikk av det informantene sier eller har gjort. Særlig tydelig blir det i sammenhenger der jeg setter opp egne kriterier for hva som er godt samarbeid, god brukermedvirkning etc; kriterier som informantene ikke kjenner og derfor ikke kan forholde seg til.

Jeg ønsker med denne undersøkelsen å se på hvordan ordningen med individuelle planer kan fungere etter intensjonene. I den grad den ikke gjør det er jeg opptatt av institusjonelle kjennetegn ved systemet (i dette tilfellet kommunepsykiatrien) som kan forklare at det skjer. Det er altså egenskaper ved systemet som er interessante. Problemet er bare at når dette skal eksemplifiseres og dokumenteres, så må man beskrive individuelle handlinger. Systemer handler ikke, det er det individer som gjør. Kritikk av systemet må derfor dokumenteres med beskrivelser av hva individer gjør. For meg blir det da en etisk utfordring å beskrive handlinger som jeg er kritisk til, uten å at dette oppfattes som en kritikk av mine informanter.

I denne sammenhengen er det da to motstridende hensyn å ta. På den ene siden er det et krav til forskningens validitet at den er etterprøvbar. I praksis innebærer dette, i følge Olsen (2003), at man skal være så lojale overfor de beskrivelsene som foreligger at den enkelte informant kan kjenne seg selv igjen. På den annen side er det også ønskelig å behandle informanter med respekt. I

noen tilfeller innebærer det at man ikke nødvendigvis bør avsløre for informantene hvordan jeg har oppfattet dem. Dette gjelder særlig i slike tilfeller der jeg mener å kunne registrere avstand mellom det informantene sier at de gjør og det de faktisk gjør. I tillegg er det også klart at de miljøene jeg har samlet inn data fra er små og forholdsvis gjennomsiktede. Det betyr at dersom informantene kan gjenkjenne seg i datapresentasjonen, er det stor mulighet for at også andre kan gjøre det.

Hvordan slike utfordringer skal løses, ser jeg ikke noen generelle eller prinsipielle retningslinjer for. Jeg har derfor, etter beste evne, prøvd å løse slike utfordringer hver gang jeg har møtt dem. I slike vurderinger har jeg prøvd å balansere hvor viktig gitte data er for mine analyser, opp mot belastningen disse opplysningene kan påføre informanten. Det har vært vanskelig, og jeg føler meg ikke trygg på at alle valgene mine er riktige.

En annen etisk utfordring er forholdet til brukerne. Selv om disse i utgangspunktet er sentrale i min undersøkelse, så har jeg latt være å bruke dem som informanter. En av årsakene er de praktiske problemene knyttet bl.a. til innhenting av samtykke og vurdering av om de faktisk har samtykkekompetanse. I tillegg har jeg erfaring for at bruk av opptaksutstyr skaper problemer og at noen derfor nekter å delta dersom slikt utstyr skal brukes. Det er derfor en pragmatisk begrunnelse for å velge den løsningen jeg har gjort.

Det er også en metodisk begrunnelse for ikke å intervju brukerne. Jeg har selv laget en definisjon og valgt ut kriterier for hva som er god brukermedvirkning. Jeg ”måler” dermed brukermedvirkningen ut fra disse kriteriene. Dersom jeg hadde spurt brukerne om deres oppfatning av brukermedvirkning hadde jeg muligens fått andre vurderinger av hva som er brukermedvirkning enn det som jeg har lagt til grunn. I mange sammenhenger forstås brukermedvirkning som fornøyde brukere (Jacobsen 1993). Dette reiser et grunnleggende etisk og metodisk spørsmål. Kan vi ha en situasjon der jeg som forsker definerer brukermedvirkning på en annen måte enn brukerne? Hvis brukerne er fornøyd med sin medvirkning, har vi ikke da brukermedvirkning? Den metodiske siden av disse spørsmålene skal jeg drøfte mer utfyllende i kapitlet om brukermedvirkning, men her bare peke på at etter min mening, er ikke tilfredshet det samme som brukermedvirkning.

Den sentrale etiske utfordringen er da om jeg kan spørre brukerne om hvorvidt de er fornøyde og om de opplever brukermedvirkning for siden å konkludere med at de tar feil? Kan jeg si at deres egen beskrivelse av situasjonen ikke er riktig? Kan jeg som forsker definere når det foreligger brukermedvirkning, men ikke brukerne? Den grunnleggende konflikten i brukermedvirkning er nettopp om det er fagfolkene eller brukerne som har retten til å definere hva som er riktig og galt (Skau 1992). Slik sett vil en tilnærming der jeg overprøver brukernes egen oppfatning om brukermedvirkning, være problematisk. I dette tilfelle har jeg løst problemet ved å la være å spørre brukerne. Metodisk sett er dette en grei løsning, men den løser ikke det etiske spørsmålet knyttet til hvorvidt jeg da viser tilstrekkelig respekt for brukerne og deres synspunkter.

#### ***4.4.3 Forskerens uavhengighet***

Et annet poeng er forskerens objektivitet. I en del sammenhenger fremheves dette som et mål. Maxwell (1996) hevder dette er en utopi. Alle forskere trekker en del av seg selv inn i undersøkelsen. Dette gjelder alle elementene i en slik undersøkelse; problemstilling, teoretiske perspektiver, utvelgelse av informanter, analyse og tolkning av data og eventuell teoretisk generalisering. I følge Maxwell er løsningen på denne situasjonen at forskeren klargjør sitt ståsted i forhold til de temaene som undersøkelsen omhandler. I dette tilfelle har jeg allerede i andre sammenhenger klargjort en del av min generelle holdning til brukermedvirkning og tjenesteyting i helse- og sosialsektoren (Hansen, 2001). En kort oppsummering er å si at jeg støtter oppfatningen av at en funksjonshemning også har et relasjonelt perspektiv (Olliver 1996) Det betyr at de grunnleggende prinsippene for individuelle planer, om at tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i brukerens mål, behov og ressurser, også er mitt utgangspunkt. Slik sett hilser jeg ordningen med individuelle planer velkommen.

Jeg er likevel noe skeptisk, ikke til prinsippene bak, men til hvordan slike planer kan implementeres. Dette skyldes min innsikt i institusjonell teori (March & Olsen 1989, Peters 1999) som viser at overgangen fra gode intensjoner til konkrete handlinger ikke er spesielt enkel. Etter min mening er det grunn til å frykte at institusjonelle prosesser i kommunene kan bidra til at resultatene ikke blir som ønsket.

Mitt ståsted er derfor at jeg ønsker at individuelle planer skal fungere slik hensikten er. Jeg har ikke noe ønske om å avdekke svakheter ved ordningen for

å kunne kritisere individuelle planer generelt. Jeg har heller ikke noe ønske om å forsvare ordningen hvis den ikke fungerer. Slik sett føler jeg at jeg har tilstrekkelig avstand til mulige konklusjoner. Likevel har jeg nok forutsatt at det ikke er helt svart-hvitt, men at det faktisk både er positive og negative sider ved ordningen med individuelle planer. Røvik (1998) peker på at de fleste slike organisasjonsoppskrifter blir oppskrifter, nettopp fordi de har en viss virkning. Min intensjon er derfor å se om jeg kan finne faktorer som påvirker i hvilken grad arbeidet med individuelle planer gir ønskete resultater. Slik sett håper jeg at arbeidet mitt kan gi større forståelse for hva som må til dersom individuelle planer skal kunne bli et hensiktsmessig hjelpemiddel.

#### **4.5 Generalisering**

Målet med denne undersøkelsen er ikke å kunne generalisere de resultatene som jeg finner på en slik måte at jeg kan si noe om forekomsten av gitte variabler i et gitt område eller en sammenheng (empirisk generalisering). Derimot er jeg mer opptatt av en teoretisk generalisering. Hensikten med undersøkelsen er derfor først og fremst å øke innsikten i hva som skjer når en koordinator og en bruker skal samarbeide om en individuell plan. Psykisk helsearbeid er i mange sammenhenger en forholdsvis lukket sektor for andre enn de som er ansatte eller brukere. Ved å kombinere empiri og teorier fra andre områder enn psykisk helsearbeid håper jeg at det skal være mulig å få en større teoretisk forståelse for de prosesser som skjer i psykisk helsearbeid. Jeg tror ikke at min undersøkelse kan bidra til at jeg kommer frem til entydige sammenhenger av typen: "gitt a så b". Derimot er målet mitt at jeg kan komme frem til sammenhenger av typen: "a vil med stor sannsynlighet medføre b". Undersøkelsen kan da bidra til at det kan gis råd av typen: "Dersom du vil unngå b, så må du unngå a". (Dette betyr ikke at jeg ikke er åpen for at det kan finnes en c som også gir b, men hvis ikke c blir avdekket gjennom min undersøkelse, så får dette være neste prosjekt).

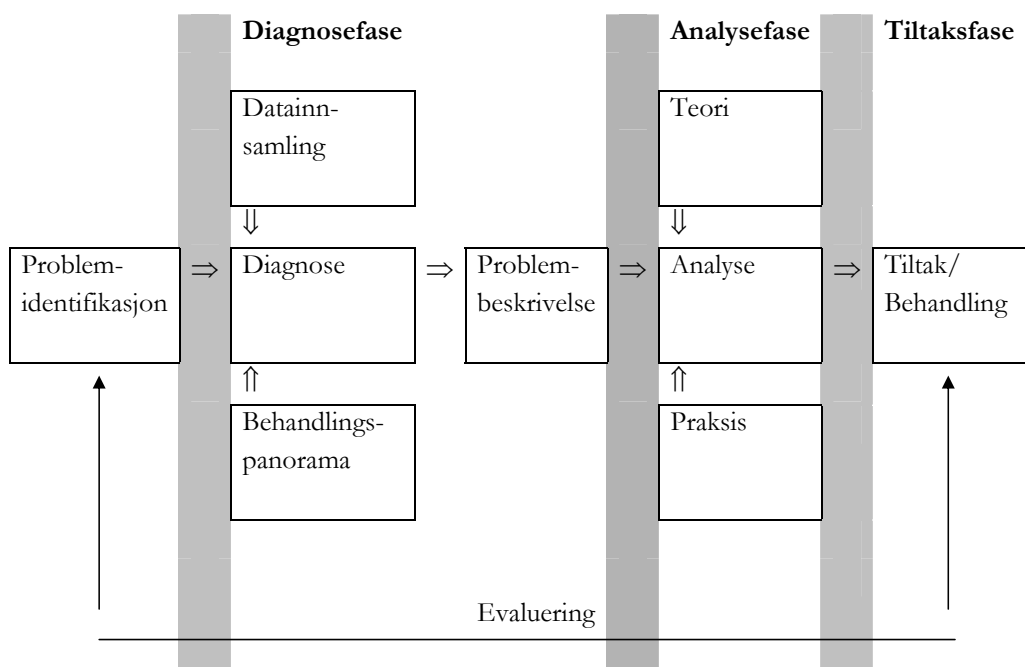
## 5 PLANLEGGING AV PROFESJONELL VIRKSOMHET

I dette kapitlet ser jeg nærmere på hvordan arbeidet med individuelle planer har foregått. Først vil jeg presentere egne forventninger til hvordan slikt arbeid burde gjennomføres. Disse begrunnes ut fra teori om profesjonell atferd og planlegging. Dernest følger beskrivelse av hvordan man faktisk arbeidet sammen i ansvarsgruppene.

Forskriften for individuelle planer legger, slik jeg oppfatter den, opp til at utarbeidelsen av individuelle planer skal foregå i tre faser. Også erfaringene fra Tvedestrand bygger på en slik fremgangsmåte (Berge & Lorentsen 2003:13-14). Den første fasen er en kartleggingsfase der man skal ta utgangspunkt i tjenestemottakerens mål, ressurser og behov. På grunnlag av denne kartleggingen skal det vurderes hvordan man best kan realisere disse målene. En slik vurdering skal så danne grunnlag for den tredje fasen der man utformer og gjennomfører de konkrete tiltakene. En slik fremgangsmåte er i samsvar med de beskrivelsene for faglig forsvarlig yrkesutøvelse som de fleste aktuelle yrkesgruppene legger til grunn. Abbott (1988) har en omfattende beskrivelse og analyse av hva som kjennetegner slike profesjonelle aktiviteter. De tre fasene betegnes i hans terminologi som diagnosefasen, analysefasen og tiltaksfasen (1988:40). I følge Abbott så vil de profesjonelle i praksis blande disse fasene og velge ulik rekkefølge fra situasjon til situasjon. Poenget til Abbott er likevel at dette er de sentrale fasene i profesjonell virksomhet. Særlig viktig er analysefasen. Denne fasen er det som skiller profesjonelle fra ikke-profesjonelle. Dersom det ikke er åpenbar kobling mellom en gitt diagnose og et gitt tiltak, så er det behov for en analyse for å finne ut hvilke tiltaks som bør iverksettes (Abbott 1988:49).

### 5.1 Profesjonell virksomhet

Jeg tar utgangspunkt i en beskrivelse av arbeidet med individuelle planer som en rasjonell lineær prosess. Hvis vi legger Abbotts (1988) terminologi til grunn, mener jeg at profesjonell atferd kan beskrives i følgende modell:



Figur 5:1- Lineær modell for profesjonelt arbeid

Utgangspunkt for denne modellen er identifikasjonen av et problem som trenger profesjonell assistanse. I helse- og sosialvesenet er det vanligvis tjenestemottakeren som må ta initiativ til å identifisere en situasjon som et problem ved at vedkommende velger å gå til lege, psykolog eller sosialkontor for å presentere sitt problem. Vi har likevel eksempler på at helse- og sosialsektoren selv avdekker situasjoner som defineres som problem av denne sektoren, men ikke av tjenestemottakeren selv. Eksempler på dette kan være bedriftslegen som prøver å få en til å slutte med å røyke, barnevernsaker, eller psykiatriske pasienter uten innsikt i egne problemer. I noen tilfeller avvises tjenestemottakeren fordi man ikke anser det tjenestemottakeren kommer med som et problem. Er mistriivsel og konflikter på jobben et problem som man kan få hjelp med, eller må det identifiseres som utbrenthet før hjelpeapparatet vil vurdere å hjelpe?

På bakgrunn av at enten tjenestemottaker eller behandler har identifisert situasjonen som et problem som trenger behandling, vil så den profesjonelle samle inn data for å kunne sette en diagnose (jeg bruker ikke diagnose i medisinsk forstand). Dessverre er det umulig for den profesjonelle å samle inn alle data om en persons problemer og bakgrunn. Man er derfor avhengig av å samle inn alle ”relevante” data. En viktig faktor for å velge ut hvilke data som skal samles inn er hvilken behandling man har mulighet for å gi (behandlingspanoramaet man behersker). Dette innebærer at en fysioterapeut først og fremst leter etter indikasjoner på at tjenestemottakeren trenger behandling som fysioterapeuten kan yte, mens psykologen i større grad er opptatt av om tjenestemottakeren kan trenge psykologisk behandling.

Innsamling av data er vanligvis avhengig av et godt samarbeid med tjenestemottakeren. Det er tjenestemottakeren som kjenner sin bakgrunn best. Det er denne som opplever problemene og som må beskrive de symptomene som ikke er objektivt målbare, på en slik måte at behandleren kan sette en diagnose. Den profesjonelle er avhengig av at tjenestemottakeren kan formidle den subjektive opplevelsen av sine problemer på en slik måte at behandleren forstår problemene.

På bakgrunn av datainnsamlingen og med de begrensninger det behandlingspanorama som den profesjonelle behersker trolig innebærer, setter den profesjonelle en diagnose. Dersom vi har en situasjon med et avgrenset somatisk problem, så kan denne diagnosen være klar og avgrenset, for eksempel til en brukket arm. Andre lidelser er mer sammensatte og vanskelig å diagnostisere. Et klassisk eksempel er rusmisbruk. Er dette et moralsk problem, der rusmisbrukeren kan løse problemet ved å overbevises om at vedkommende må ta seg sammen? Er det et somatisk problem som kan løses ved å gi vedkommende en gitt medisin? Er rusmisbruk en psykiatrisk lidelse som må løses ved hjelp av slik behandling, eller er rusmisbruk bare en indikasjon på et sosialt problem som løses ved at rusmisbrukeren får penger og/eller en jobb?

I psykisk helsearbeid vil man møte mange slike problemstillinger. Dette gjelder særlig fordi tjenestemottakerne har så sammensatte problemer. Dette er jo også utfordringen i forhold til en individuell plan. Utover den psykiske lidelsen, er det også behov for å ta stilling til andre problemer; problemer knyttet til arbeid/utdanning, bolig, økonomi og fritid. Hvilke av disse utfordringene er en del av tjenestemottakerens diagnose? Er for eksempel ensomhet en del av

diagnosen? Hvis ensomhet er et problem som man ikke har noen tiltak å sette inn overfor, så vil dette trolig ikke bli en del av det tjenesteyteren definerer som tjenestemottakerens problem. Selv om tjenesteyterne ikke formulerer spørsmålene så presist, så bygger de problemstillingene som tas med i den individuelle planen på slike vurderinger.

Denne diagnosen danner grunnlag for at den profesjonelle lager seg en *problembeskrivelse*. En slik problembeskrivelse er den profesjonelles oppfatning av hva som faktisk er tjenestemottakerens problem og hva som er årsaken til disse problemene. Problembeskrivelsen er dermed en konkretisering av hvordan *diagnosefasen* har avgrenset problemet. I en individuell plan, vil denne problembeskrivelsen være den som definerer tjenestemottakerens behov.

For å kunne iverksette et eller flere konkrete tiltak eller behandlinger, må den profesjonelle gjennom en *analysesituasjon*. Denne analysen vil delvis bygge på at den profesjonelle tjenesteyteren anvender sin *teoretiske kunnskap* for finne ut hvilken behandling som passer til den problembeskrivelsen som man har. Det som likevel kjennetegner helse- og sosialarbeidere er at den teoretiske kunnskapen ikke er tilstrekkelig grunnlag for å finne den riktige behandlingen. I helse- og sosialsektoren vil derfor en vesentlig del av analysen være bygget på *praktiske erfaringer* (Abbott 1988). Både den enkeltes erfaringer og på erfaringer formidlet gjennom praksisstudier i utdanningen.

I de fleste sammenhenger presenteres denne modellen som en spiral (se f.eks. Askeland, 1994:46) – hver gang man har iverksatt et tiltak blir tjenestemottakeren observert og vurdert på nytt slik at man kontinuerlig kan endre tiltakene dersom virkningene ikke blir som forventet. Etter min mening er det mer riktig å presentere en slik modell som en lineær prosess slik jeg har gjort. Dette skyldes i hovedsak to forhold. Først og fremst mener jeg at i prinsippet er denne modellen en modell for en rasjonell planleggings- eller beslutningsprosess. Svakheten ved slike beslutningsprosesser er bl.a. at de er ressurskrevende. I de fleste sammenhenger vil derfor slike omfattende analyser være noe man gjennomfører av og til, og i mellomperioden så holder man seg til den strategien eller de tiltakene som er skissert. Den andre årsaken til at jeg stiller meg skeptisk til å fremstille en slik beslutningsprosess som en spiral, er at det i helse- og sosialsektoren kan ta noen tid før man ser de faktiske virkningene av et behandlings- eller tiltaksopplegg. Forestillingen om at det foregår en kontinuerlig analyse av tjenestemottakerens situasjon er derfor etter



min mening overdrevet. Freidson (1970/1988) viser bl.a. at i mange tilfeller foregår det ikke en analyse i det hele tatt, og fastsetting av tiltak bygger mer på en inkrementell enn en rasjonell tilnærming til tjenestemottakernes problemer.

Slik jeg forstår Abbott (1988) bidrar profesjonenes fokus på oppgaver som utgangspunkt for å definere sine jurisdiksjonsområder til at mange profesjonelle tar utgangspunkt i oppgavene sine, og ikke i datasamling og analyse. Man får da en situasjon der den profesjonelle fremstår som en tilbyder av typen: "Dette er det jeg gjør, er det noen som trenger min hjelp?"

Selv om så vel Abbott (1988) som andre stiller spørsmål med hvorvidt denne lineære modellen følges i praksis, så vil jeg bruke denne som utgangspunkt for de analysene jeg skal gjøre. Min forutsetning er at jeg skal kunne finne igjen hvordan brukermedvirkning blir i varetatt i alle de tre fasene og også gjelder for individuell tilpasning, samordning og helhetlige tilbud.

I denne sammenhengen er det ikke nok å se nærmere på profesjonell virksomhet generelt. Her skal fokuset være profesjonell planlegging. Det blir derfor viktig også å se på hva som ligger i planleggingsbegrepet.

## 5.2 Planlegging

Mintzberg (1994a) viser til at det finnes et utall formelle definisjoner av planlegging, selv beskriver han fem. Likevel finner han det for godt å lage sin egen definisjon som han formulerer på følgende måte: "the use of formalized procedure and the existence of articulated results, specifically concerning an integrated system of decisions" (Mintzberg, 1994a:14) Dette er etter hans mening en mer operasjonell definisjon enn de andre han beskriver. Det sentrale i en planleggingsprosess, blir etter denne definisjonen, de ulike beslutningene.

Individuelle planer handler dermed om beslutninger. Kombinerer vi dette med den modellen som er skissert foran om profesjonell virksomhet, kan vi da beskrive utformingen av en individuell plan som *en rad av beslutninger*.

I diagnosefasen skal det besluttes hvilke mål, ressurser og behov planen skal bygge på. I analysefasen skal det besluttes hvilke tiltak som best kan realisere disse målene og imøtekomme de skisserte behovene. I tiltaksfasen skal det så besluttes hvordan de ulike tiltakene skal gjennomføres.

De fire målene med individuelle planer må dermed realiseres på følgende måte:

Brukermedvirkning kan sikres gjennom at tjenestemottakeren har innflytelse over hvilke mål, ressurser og behov som skal legges til grunn for planleggingen og den konkrete utformingen av den individuelle planen. Tjenestemottakeren må også ha innflytelse over hvilke tiltak som velges på grunnlag av analysefasen. Til slutt må tjenestemottakeren også kunne påvirke hvordan de ulike tiltakene skal gjennomføres. Individuell tilpasning innebærer på samme måte at beslutningene om hvilke mål, ressurser og behov som skal legges til grunn for planen må bygge på en vurdering av den bestemte tjenestemottakeren og ikke på en generell tilnærming til for eksempel en diagnose. I analysefasen må drøftingene og beslutningene bygge på tjenestemottakerens spesielle situasjon, og styres av både av individuelle mål, ressurser og behov. Tiltakene må så beskrives i den individuelle planen og gjennomføres med utgangspunkt i en individuell tilpasning.

Tverrfaglig samarbeid vil i forhold til denne måten å se det på, innebære at det skal være et samarbeid der de ulike tjenestene deltar i fellesskap i forhold til diagnosefasen, med blant annet å skissere realistiske mål, finne frem til de ulike ressursene og avdekke hvilke behov som skal legges til grunn for den individuelle planen. Slikt fellesskap forventer jeg også å finne i forhold til analysefasen. Tverrfaglig samarbeid i denne fasen innebærer at de ulike tjenesteyterne har felles drøftinger om hvilke tiltak som best ivaretar de målene som er skissert. Også gjennomføring av tiltakene må bygge på et samarbeid der man legger til grunn en vurdering av hvilke tiltak som eventuelt skal komme foran andre og hvordan disse ellers best kan tilpasses hverandre. Helhetsperspektivet innebærer at man i diagnosefasen får med alle mål, ressurser og behov, ikke bare de som er tilpasset det tilbudet som finnes. I analysefasen må et viktig poeng være å finne ut hvordan alle mål og behov kan dekkes.

Slik var utgangspunktet ved start av denne undersøkelsen. Selv om koblingen til ansvarsgrupper er omdiskutert og slett ikke noen forutsetning for arbeidet med individuelle planer (Thommesen, Normann & Sandvin. 2003:87), så forutsatte jeg at det ville være vanskelig å få til slike felles beslutninger uten å ha et samarbeidsforum. Allerede da jeg spurte om tillatelse fra kommunene om å få gjennomføre undersøkelsen i de respektive kommunene, ba jeg om å få delta i

ansvarsgruppemøter, nettopp fordi jeg forutsatte at slike møter var nødvendige for å kunne lage en individuell plan. Mitt inntrykk er også at tjenesteyterne gjør en slik kobling og at det stort sett forutsettes at man må ha ansvarsgrupper for å kunne utvikle individuelle planer. Likevel er det klart at designet av min undersøkelse innebærer at i den grad det finnes andre løsninger, så er det fare for at jeg gjennom min utvelgelse av informanter har mistet mulighetene for å finne disse løsningene. Dette er en problemstilling som kan oppstå når man velger et intensivt design. Man må, uansett, forholde seg til de dataene man har.

Grunnen til å fremheve dette poenget her, er at min grunnleggende antagelse om at man gjennomfører de overordnede beslutningene i fellesskap i ansvarsgruppene, ikke er bekreftet gjennom undersøkelsen. Mine observasjoner fra ansvarsgruppemøtene er snarere at de ikke benyttes til diskusjon av slike beslutninger. Dette påvirker åpenbart mulighetene til å realisere de fire målene med de individuelle planene som er trukket frem. Dette kommer jeg mer tilbake til siden, først skal jeg i en mer utfyllende beskrivelse av hvordan ansvarsgruppemøtene ble gjennomført.

### **5.3 Gjennomføring av ansvarsgruppemøtene**

Ansvarsgrupper er ikke noe nytt som er innført i forbindelse med individuelle planer. Dette er en form for samhandling om tjenestetilbudet som har vært svært vanlig i mer enn ti år. Mange kommuner har innført ansvarsgrupper som en fast ordning i forbindelse med individuelle planer (Thommesen, Normann & Sandvin 2003:88, Myrvold & Helgesen 2005). De ansvarsgruppemøtene jeg deltok i, kan beskrives ut fra *to modeller*. Disse modellene samsvarer med de modellene som Thommesen, Normann & Sandvin (2003:88-93) kaller ansvarsgrupper og alternative møteformer. Alternative møteformer kalles igjen eskortetjenesten av Rønning (1992:27) Jeg velger likevel å se på disse møteformene som ulike modeller for ansvarsgrupper og kaller dem *standardmodellen* og *endringsmodellen*.

#### **5.3.1 Standardmodellen**

En modell som de fleste synes å være fortrolig med, var følgende opplegg: Alle deltakerne satt rundt et bord. Deltakerne var for en stor del tjenesteytere fra den kommunale helse- og sosialsektoren. Det kunne være representanter for tjenesten for psykisk helsearbeid, hjemmetjenester, sosialkontoret, lege og

psykolog. I noen tilfeller deltok representanter for spesialisttjenestene dersom tjenestemottakeren også fikk oppfølging derfra. Tjenestemottakeren fikk, eller valgte seg, en plass som var forholdsvis sentral, for eksempel ved bordenden. Vanligvis var det koordinatoren som ledet møtet. Noen ganger var det fastsatt en saksliste på forhånd, andre ganger skisserte koordinatorene bare noen temaer innledningsvis.

Sentralt i de fleste møtene var en gjennomgang av hva som var skjedd siden sist. De ulike tjenesteyterne gjorde rede for hva de hadde gjort siden forrige møte og hvordan deres "behandling" eller tiltak hadde utviklet seg. Andre deltakere kunne komme med spørsmål. Slike spørsmål var vanligvis for å avklare uklarheter, ikke for å få vurdert andre alternativer. Til en viss grad gjorde også deltakerne rede for hvordan de hadde tenkt å følge opp tjenestemottakeren fremover. Dette kunne handle om temaer som at legen ville prøve en gradvis nedtrapping av medisiner og at sosialkontoret mente det fortsatt var nødvendig at de administrerte vedkommendes økonomi. I disse redegjørelsene ble tjenestemottakerne gjerne trukket med, ved at tjenesteyterne oppfordret tjenestemottakerne til å fortelle om hva som var skjedd og hva de var blitt enige om at skulle skje videre. Dette tyder på at eventuelle endringer i oppleggene fremover var diskutert med eller i alle fall presentert for tjenestemottakeren tidligere. I en del tilfeller ble tjenestemottaker oppfordret til å fortelle en bestemt historie, gjerne om noe positivt, som var skjedd siden sist. Det som var mest overraskende for meg, var at disse presentasjonene og eventuelle diskusjoner nesten aldri inneholdt noen referanser til den individuelle planen.

I alle mine undersøkelser var det den som representerte den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid som var koordinator. Slik jeg hadde valgt ut mine informanter var det en forutsetning, men så vidt jeg forstår, er dette vanlig i forhold til denne gruppen tjenestemottakere. Noen ganger var det tatt med nye deltakere i gruppen. Eksempler på dette kunne være trygdekontor og a-etat. Disse deltok gjerne enten for å gjøre rede for aktuelle regler, eller for hvilke tjenester de allerede ytet. Særlig i forhold til opplegg der tjenestemottakeren hadde ambisjoner om å komme ut i arbeid, bidro a-etat med informasjon om hvilke planer de hadde utarbeidet i samarbeid med tjenestemottakeren. Det var ikke noe i mine observasjoner som tydet på at de tiltakene de andre etatene bidro med var et resultat av diskusjoner i ansvarsgruppen. Heller ikke disse

etatene viste til den individuelle planen, bortsett fra sentrale målsetninger som at ”denne utdanningen er det tjenestemottakeren selv som ønsker”

I de fleste ansvarsgruppemøtene oppsto det diskusjoner. Disse diskusjonene handlet i hovedsak om praktiske spørsmål. I ett tilfelle handlet det om hvordan man skulle sikre tilfredsstillende oppfølging av tjenestemottakeren i forbindelse med ferietiden. I et annet tilfelle handlet det om hvorvidt hjemmesykepleien burde endre tidspunktet de delte ut medisinene på. Diskusjonene var ikke knyttet til hva tjenesteyterne skulle gjøre, men til hvordan de skulle gjøre det. Dette opplevdes ikke som prinsipielle diskusjoner og uenigheter, men derimot at det handlet om å finne pragmatiske løsninger på praktiske problemer. En individuell plan skal være en overordnet plan og skal derfor ikke beskrive tiltak på detaljnivå. De spørsmålene som ble diskutert var gjerne på det jeg vil kalle detaljnivå, og var derfor ikke beskrevet i den individuelle planen, men det ble heller ikke henvist til eventuelle hovedpunkter i planen. Jeg registrerte heller ikke at man på noe tidspunkt brukte den individuelle planen og beskrivelser derfra som grunnlag for de vurderingene man gjorde.

Noen få ganger oppsto det diskusjoner om tiltakene. Slike diskusjoner oppsto ikke mellom tjenesteyterne, men mellom tjenestemottaker og gjerne en av tjenesteyterne. Tjenestemottakeren ønsket i slike tilfeller gjerne mer eller andre ytelser som andre medisiner, mer støtte fra sosialkontoret osv. I den grad de andre tjenesteyterne engasjerte seg i disse diskusjonene, var det gjerne som meglere. Det var ikke noen diskusjon om hvorvidt dette var fornuftige ønsker fra tjenestemottakerens side, for eksempel begrunnet ut fra målsetningene i den individuelle planen, men i stedet prøvde disse meglerne å finne andre løsninger som kunne være akseptable for både tjenestemottaker og tjenesteyter. Noen ganger fant man også slike løsninger ved å være pragmatisk. Andre ganger valgte man å skyve problemet ut av ansvarsgruppen, ved at man skulle undersøke om det var andre som kunne løse dette problemet.

Det var stort sett god stemning på alle ansvarsgruppemøtene. Fokus var i stor grad positive opplevelser og utviklingstrekk i forhold til tjenestemottakerens situasjon. Negative historier ble gjerne bagatellisert eller vitset bort. Både tjenesteytere og tjenestemottakere kunne fleipe med hverandre, men jeg oppdaget aldri noen negative undertoner i denne fleipingen. Kommunikasjonen deltakerne i mellom, var preget av svært lite uenighet. Jeg skal siden komme tilbake til at enighet og ønske om å unngå konflikter synes å være en

institusjonell norm i slike ansvarsgrupper. Jeg opplevde det derfor som om man heller dekket over uenighet, enn å risikere at det oppsto diskusjoner som viste at tjenesteytere ikke støttet formuleringene i den individuelle planen.

De fleste ansvarsgruppemøtene foregikk i et dertil egnet møtelokale, gjerne hos den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid. Likevel har jeg også vært med på møter på andre kontorer, som hos legen, sosialkontoret etc. I tillegg ble to av møtene gjennomført i tjenestemottakerens bolig. For de fleste tjenestemottakerne hadde man slike ansvarsgruppemøter med intervaller på ca ett halvt år.

I denne typen ansvarsgrupper var det sjelden man henviste til den individuelle planen. Den individuelle planen ble i disse sammenhengene skrevet av koordinatoren mer eller mindre i samarbeid med tjenestemottakeren. Hvor omfattende samarbeidet mellom tjenestemottaker og koordinators om den individuelle planen var, vet jeg ikke. Det virket som om koordinatoren gjerne brukte de tilbakemeldingene de andre tjenesteyterne ga som grunnlag for å beskrive de ulike tiltakene i den individuelle planen. De beskrivelsene som tjenesteyterne kom med, dannet slik sett grunnlaget for de tiltakene som ble ført inn i den individuelle planen og ikke, som jeg hadde forventet, at den individuelle planen dannet grunnlag for hvilke tiltak som skulle iverksettes. Det var tydelig at den individuelle planen slik sett var et resultat av de beskrivelsene tjenesteyterne ga, men at planen ikke var et styringsdokument overfor disse.

### ***5.3.2 Endringsmodellen***

En annen modell som ikke var like vanlig som den jeg har beskrevet her, var å ha møter oftere enn hvert halvår, men i disse sammenhengene ble bare de som var aktuelle bidragsyttere invitert. Fokus i disse møtene var ofte endringer. Disse endringene kunne være initiert av tjenestemottakeren selv, for eksempel fordi vedkommende hadde nye konkrete planer for livet sitt, eller av tjenesteapparatet, for eksempel i forbindelse med utskriving fra institusjon. Også i disse møtene var informasjon et viktig element. Her var likevel ikke informasjon om hva som var gjort så fremtredende som i de andre ansvarsgruppene. I stedet var det sentral informasjon om hvilke muligheter og tiltak som eksisterte.

I denne modellen brukte koordinatoren den individuelle planen mer aktivt enn i den andre, men heller ikke i disse sammenhengene ble planen brukt som et styringsinstrument. Selv om det her faktisk ble åpnet for en diskusjon om innholdet i den individuelle planen, var det ikke noen av de andre tjenesteyterne som engasjerte seg. Heller ikke tjenestemottakerne var opptatt av innholdet i planen. At koordinatorene opplevde det som et problem at de andre tjenesteyterne ikke deltar i noen slike overordnede diskusjoner, kommer frem i følgende svar fra en koordinator på spørsmålet om hvordan hun synes det er å jobbe med individuelle planer:

Det er tungt – rett og slett. Jeg opplever at det er tungt fordi at det er mange som ikke har engasjert seg i det hele tatt i det med IP. For andre yrkesgrupper som jeg samarbeider med i jobben min, virker det som om det med IP som arbeidsredskap ikke er seriøst tatt opp, i hvert fall har jeg det inntrykket.

Slik synes den individuelle planen å fremstå som koordinators produkt, eventuelt i samarbeid med tjenestemottaker.

Mine observasjoner viser at det ikke foregår noen felles overordnet diskusjon av hvilke mål som er hensiktsmessige, hvilke ressurser som er til stede eller hvilke behov som må dekkes. En av tjenestemottakerne hadde vært til en IQ-test. Resultatene fra denne testen viste at tjenestemottakeren faktisk var uvanlig velutrustet. Denne konklusjonen ble referert på et ansvarsgruppemøte, mer som en kuriositet, og dannet ikke utgangspunkt for noen form for diskusjon om at dette for eksempel burde få konsekvenser for ambisjonene i den individuelle planen.

Det forekom heller ikke noen form for diskusjon der man prøvde å gjennomføre en felles analyse av hvilke tiltak som ville være mest hensiktsmessig for å realisere de målene som tjenestemottakeren hadde satt opp. Derimot var det stort fokus på gjennomføring av tiltak. Det foregikk i praksis på to måter. Den ene måten var at man refererte de tiltakene hver enkelt tjenesteyter hadde planlagt å gjennomføre. Den andre måten var en omfattende rapportering av hva som var blitt gjennomført siden forrige møte i ansvarsgruppen. Fokus i alle disse ansvarsgruppemøtene var altså i praksis *tiltaksfasen og hvordan de ulike tiltakene skulle gjennomføres og var blitt gjennomført.*

## 5.4 Tjenestemottakerne

I alt observerte jeg ansvarsgruppemøter for 7 tjenestemottakere som det ble utarbeidet individuelle planer for, og jeg har valgt å gi en kortfattet beskrivelse av disse tjenestemottakerne. I tillegg har andre informanter gitt meg en del beskrivelser av de tjenestemottakerne de forholdt seg til. På bakgrunn av disse beskrivelsen mener jeg det er mulig å trekke frem tre grupper av tjenestemottakere:

- de nye,
- de stabile, og
- de i utvikling.

”De nye” var tjenestemottakere som var i ferd med å få bygget opp et kommunalt tjenestetilbud. Mange av dem kom fra et opphold i institusjon, og for enkelte hadde man startet opp prosessen med å etablere et kommunalt tjenestetilbud mens de fortsatt var innlagt. Dette gjaldt særlig for personer som hadde hatt et langvarig opphold i institusjon og der utskrivningen hadde vært planlagt i god tid. I første omgang fokuserte man da på det jeg vil betegne som *omsorgstilbud*. Deltakerne i ansvarsgruppene var da koordinator fra den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid, hjemmesykepleie/hjemmehjelp, fastlege, en eller flere representanter for spesialisthelsetjenesten. Det synes som om det tok noe tid før andre representanter, som sosialkontor etc., ble trukket inn i arbeidet. Dette var gjerne tjenestemottakere som fortsatt ble beskrevet som dårlige og som hadde nokså uklare mål for livet sitt. Flere av dem syntes også å ha dårlig innsikt i hvilke utfordringer de ville møte utenfor institusjonen, og de var derfor i liten grad i stand til å formulere noen konkrete behov. For meg var det mest typiske kjennetegnet ved denne gruppen usikkerhet. De var usikre både på hva de ville og hvordan de skulle klare seg. I den grad de hadde noen mål syntes dette å være et ønske om å bli ”frisk”. Tjenestetilbudet ble i disse sammenhengene gjerne utformet ved at man mer eller mindre prøvde seg frem. Utviklingen av den individuelle planen skjedde ved at man førte inn noen standardiserte tjenestetilbud og justerte disse på grunnlag av erfaringer både fra tjenesteyter og tjenestemottaker. I stor grad medførte dette at man etter hvert så behov for nye tiltak og måtte trekke inn andre tjenesteytere enn de som allerede var deltakere i ansvarsgruppen.



”De stabile” var tjenestemottakere som hadde hatt et tilbud over lengre tid, gjerne mange år. De hadde vanligvis en lang og omfattende sykehistorie, bl.a. med flere innleggelser i institusjon. Omfanget av tjenestetilbudet varierte. Noen hadde bare enkle omsorgstilbud med oppfølging av den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid, hjemmesykepleie/hjemmehjelp og/eller kommunal boveildningstjeneste. De hadde gjerne en fast medisinerings, men hadde ellers ikke noen oppfølging fra lege eller spesialisttjenestene. Andre hadde et omfattende tjenestetilbud der det i tillegg også var aktiv deltakelse fra fastlege, spesialisttjenestene med for eksempel psykiater/psykolog og sykepleier, sosialkontor etc. Disse tjenestemottakerne fremsto stort sett som institusjonaliserte og overlot mye av initiativet både i utforming av den individuelle planen og tjenestetilbudet ellers til tjenesteyterne. En av informantene fortalte at den aktuelle tjenestemottakeren syntes det var fascinerende at koordinatoren var så opptatt av å utforme den individuelle planen. Han hadde derfor inntrykk av at tjenestemottakeren gikk inn for at det skulle utarbeides en individuell plan mer for å imøtekomme koordinatorens ønsker enn for at han selv hadde noe forhold til den individuelle planen. Den individuelle planen beskrev for disse tjenestemottakerne et stabilt tilbud der de ulike deltakerne hadde ansvar for hvert sitt avgrensede tiltak. Likevel var det eksempler på at disse tjenestemottakerne ga uttrykk for at de ønsket endringer i livet sitt. En ønsket for eksempel å flytte, mens en annen ønsket å slutte i jobben sin. Dette var ønsker som ikke var i tråd med målsettingen om å opprettholde et stabilt tilbud og en stabil livssituasjon for tjenestemottakerne. Slike ønsker ble dermed ikke fulgt opp, og tjenestemottakerne aksepterte raskt at dette dermed ikke var akseptable løsninger.

”De i utvikling” var tjenestemottakerne som var i ferd med å endre sin livssituasjon. I mine eksempler var dette personer som var i ferd med å bygge seg opp for å kunne komme i arbeid. De hadde gjerne et omfattende tjenestetilbud der koordinatoren fra den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid skulle samarbeide med hjemmesykepleie/hjemmehjelp, med behandlingstilbud fra spesialisttjenesten, fastlege og sosialkontor. I tillegg kunne det i disse situasjonene også bli trukket inn representant for a-etat, utdanningsinstitusjon og eventuell arbeidsgiver/arbeidstrening. Jeg oppfattet det slik som at disse tjenestemottakerne hadde klare mål for hva de ville oppnå i livet sitt. De var derfor i stand til å formulere konkrete mål for den individuelle planen. Dette var gjerne mål som beskrev en fremtidig utdanning og arbeidssituasjon. Noen av disse hadde mål som det ville ta mange år å realisere.

I disse tilfellene var det behov for å planlegge et omfattende og sammensatt tjenestetilbud. Behovet knyttet seg både til at tilbudet måtte være omfattende nok til en hver tid, og til at det måtte være planlagt tiltak som skulle komme på et senere tidspunkt. Tjenestemottakerne var selv for en stor del drivkraften bak utviklingen av disse tjenestetilbudene. Det var de som skisserte målene, de var tydelige på hvilke behov de opplevde de hadde og for en stor del bestilte de selv hvilke tjenestetilbud de ønsket.

Fra de informantene som jeg ikke har observert i ansvarsgruppe, har jeg fått beskrevet at en stor del av de tjenestemottakerne som har fått individuelle planer, kommer inn under gruppene ”de nye” eller ”de stabile”. Jeg er selv overrasket over hvor få som beskriver erfaring med gruppen ”de i utvikling”.

Innenfor denne rammen har de individuelle planene jeg har fulgt blitt utarbeidet.

## **5.5 Utformingen av tjenestetilbudet.**

Det var ulike rutiner for hvordan tjenestetilbudet til tjenestemottakerne ble fastsatt. Noen tjenesteytere styrte både omfang og innholdet i tjenestetilbudet nesten helt fritt. Det mest typiske eksempelet er fastlegene som både har myndighet til selv å styre hva slags tilbud de ønsker å yte, og i noen tilfeller også kan bestemme hvorvidt man skal be om hjelp fra blant annet spesialisthelsetjenestene. Spesialisthelsetjenestene synes også å ha stor frihet til selv å utforme sitt tjenestetilbud. Fastlegen kan også henvise tjenestemottakerne til psykolog, men psykologen styrer selv innholdet i og omfanget av den tjenesten vedkommende ønsker å yte. På hvilket grunnlag disse tjenesteyterne utformet sine tilbud har jeg ikke oversikt over. I den grad de gjorde rede for sine tjenestetilbud i ansvarsgruppemøtene, var det ikke den individuelle planen og beskrivelsene der som begrunnet de tiltakene som ble satt i verk. Det er derfor ikke noe som tyder på at tjenestetilbudet fra disse yrkesgruppene var styrt av den individuelle planen. Statlige etater, som trygde- og a-etat, hadde vedtaksprosesser som innebar at de saksbehandlerne som deltok i ansvarsgruppene bare kunne gjøre rede for gjeldende regelverk og for vedtak som allerede var foretatt. Dette er virksomheter som for en stor del er regelstyrte, og de som deltok i ansvarsgruppen hadde sjelden rett til selv å avgjøre spørsmål om hva etaten kunne bidra med. Likevel er det interessant å

merke seg at jeg i flere tilfeller registrerte at disse etatene begrunnet vedtak som var gjort med målsettingene i den individuelle planen.

Andre kommunale tjenester som oppfølging fra tjeneste for psykisk helsearbeid, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, ble avgjort etter to hovedmodeller. Den ene var en bestiller/utfører modell der avgjørelsen av hvilke tjenester som skulle ytes, ble vurdert og avgjort av en egen bestillerenhet. I teorien skal bestiller være klart atskilt fra utførerenheten (Hansen & Ramsdal 2005:137). En av kommunene som jeg samlet data fra hadde det som betegnes som en ”hard” modell der det var tilnærmet vanntette skott mellom bestiller og utfører og der tjenestemottakeren selv hadde ansvar for å søke om nye eller endrete vedtak dersom man ville ha et annet tjenestetilbud. I utgangspunktet la denne kommunen opp til vedtak med en svært presis beskrivelse av tjenestetilbudet. Etter hvert viste det seg at en slik løsning var lite tilpasset hverdagen innen psykisk helsearbeid og vedtakene ble i større grad utformet slik at de ga tjenesteyterne friere rammer å arbeide innenfor. En annen kommune hadde en ”myk” bestiller/utfører modell, slik at vedtakene i stor grad var utformet i samarbeid mellom bestiller og utfører.

I denne kommunen beskriver bestilleren hvordan vedtakene utformes på følgende måte:

#### Informant

Søknadene kommer jo inn her, vi er bestiller-kontor. Jeg tar den første henvendelsen, første besøk på sykehus eller hjemmebesøk. Og vurderer. Og på en måte siler ut hvem som har behov, det er stramme vurderinger som er knyttet til psykiatri tjenesten, og vi har jo store behov og for lite ressurser. Det er vel alle enige om, på en måte. Så da er det å se behovet til personen og eventuelt sile det over i andre tjenester, for eksempel, kan han klare seg med ordinære hjemmesykepleietjenester hvis det gjelder medisiner? Vil det holde hvis de søker dagtilbud? Kan Røde Kors’ besøkstjeneste gjøre samme nytte for en eldre deprimeret dame som en støttesamtale i psykisk helsearbeid? Alle de vurderingene gjør jeg på en måte. Ofte så får du jo en fornemmelse eller opplysninger om at det er en alvorlig lidelse, da tar jeg kontakt med virksomhetsleder på drift og spør om de kan være med på et første møte enten det er mens brukeren er i institusjon, eller et

hjemmebesøk. Vi har driftsmøter hver 14 dag og ellers snakker vi jo sammen ved behov, og vi tar opp nye tiltak og evaluerer andre tiltak.

Spørsmål

Hva gjør du før du lager et vedtak, når du har vært ute på første besøk?

Informant

Ja, jeg inneholder opplysninger der, også ber jeg ofte om samtykke til å innhente ytterligere opplysninger. Jeg har jo blitt lurt innimellom med at alt er så flott og jeg har aldri hatt kontakt med psykisk helsearbeid før, men så er det en eldre dame som har hatt kjempe masse tjenester fra psykisk helsearbeid i mange år. Men så kommer hun et annet sted fra eller tidligere sykehistorie er for gammel til at den ligger i journalen. Du må jo innhente opplysninger noen ganger for å virkelig vite hva dette her er.

Spørsmål

Du tar saken opp med driftsenheten?

Informant

Ja, jeg har det alltid oppe i drift. Fordi jeg må jo vite kapasiteten der, før jeg lager bestillingen. Noen ganger så kan det være greit for meg å diskutere saker, også. Og det er såpass spesielt noen ganger at det kan være nyttig å diskutere saken med driftsenheten.

Spørsmål

Hvordan syntes du de samtalene fungerer? Med drift? Blir dere enige eller?

Informant

Ja, vi blir enige og noen ganger er vi selvfølgelig ikke enige, for det er klart at noen ganger så har de fryktelig mye å gjøre. Men så presser jo behovene på. Det ordner seg, men det hender at det må gå noen runder innimellom. Altså, jeg kommer med behovet og det skal dekkes ut i fra lovverket, men noen ganger så må vi sette i gang med færre tjenester enn nødvendig, og så øke etter hvert.

De kommunene som ikke var organisert etter en bestiller/utfører modell hadde ordninger der hver tjeneste foretok sine egne vedtak, men likevel slik at vedtaksmyndigheten i de fleste sammenhenger lå på et overordnet plan og ikke hos den konkrete tjenesteyter. Tjenestene for psykisk helsearbeid syntes å ha vedtak som først og fremst ga tjenestemottakeren rett til bistand, mens man i liten grad konkretiserte innholdet i tjenestene. Andre tjenester kunne være mer presise. Den kommunale sosialtjenesten har stort sett etablert en praksis der det utarbeides vedtak med et høyt presisjonsnivå. Det var likevel tydelig at utviklingen i de kommunene som ikke hadde en bestiller-utfører modell, gikk i retning av at det skulle utarbeides mer presise vedtak. For noen av tjenesteyterne medførte denne utviklingen at det ble en klar reduksjon i vedkommendes muligheter til selv å endre innholdet i tjenesteytingen.

En av informantene beskrev denne situasjonen slik:

Informant

På grunn av disse endringene skal man kartlegge på nytt hver enkelt bruker, men så langt er vi ikke kommet her. .... Etter min mening så kan vi ikke jobbe optimalt dersom vi får helt konkrete vedtak om hva vi skal gjøre. Vi må ha litt fleksibilitet, og så får man heller formulere det i vedtakene på et eller annet vis slik at vi kan gjøre for eksempel akutte ting og ta ting der og da selv om det ikke er så akutt. Sånn har jeg alltid jobbet, og jeg ser ikke for meg at det går an å jobbe på en annen måte.

Spørsmål

Hvem gjennomfører kartleggingen?

Informant

Det er hjemmesykepleien i samarbeid med oss i tjenesten for psykisk helsearbeid.

Den kartleggingen som gjøres i samarbeid med hjemmesykepleie, tar utgangspunkt i tjenestemottakerens funksjonsnivå og man bruker i stor grad skjemaer som er generelle for alle tjenestemottakerne i kommunen. En annen informant beskriver hvilke problemer dette skaper:

Kompliserte psykologiske problemstillinger, skal på en måte bakes inn i et skjema med noen få stikkord som skal være litt treffende for den det gjelder. Det er vanskelig altså, for dette er jo kompliserte ting. Det handler om oppvekst og erfaringer gjennom hele livet, som gjør at situasjonen er blitt som den er blitt. Så skal du formulere dette i noen få stikkord som forteller noe vesentlig – det er kjempevanskelig. Dette er lettere i somatikken.

Det kommer også frem klager over at andre kommunale tjenesteytere ikke har tilstrekkelig forståelse for psykiske lidelser. Det medfører vansker med å skape aksept for at det er behov for hjelp i hjemmet på et annet grunnlag enn redusert fysisk funksjonsnivå.

Også blant de ansatte er det noen som ser at det finnes andre måter å arbeide med de individuelle planene på. En av mine informanter mente at det var behov for å gjennomføre felles kartleggingsmøter:

Spørsmål:

Du snakket om kartleggingsmøte. Hva legger du i det?

Informant

For meg kan det gå sammen med det første møtet om en individuell plan.

Spørsmål

Og hva ligger det i det? Hva skjer i et slikt møte?

Informant

Da vil det jo være slik at ut fra det du tenker deg er tjenestemottakerens behov, så vil du ha kalt inn en del folk som kan spille en rolle. Og så vil det bli avklart hvem som faktisk skal spille den rollen nå, hvem som kanskje skal inn etterhvert, hvem som kanskje ikke skal inn. Og så vil noen mennesker gå fra det møtet og ha satt navnet sitt på et papir som forplikter dem, og så vet de en møte dato hvor de skal treffes igjen. Og ikke minst det med tjenestemottakeren selv, som da forhåpentligvis sitter med på møtet selv, det er ikke alltid det går, og da forhåpentlig litt mer trygg på hvem han har rundt seg og hvem han kan henvende seg

til. Da syntes jeg det fungerer. Og det er det jeg mener med å kartlegge, også.

Spørsmål

Men erfaringen din, da?

Informant

Veldig opp og ned, noen har planer som fungerer, andre har planer som ligger der uten noe særlig liv i, og noen har ikke planer.

Spørsmål

Men får dere til den samtalen, beskrivelsen av den, kartleggingssamtalen, får dere den til i kommunen hvis dere skal starte i kommunen?

Informant

Jeg har ennå ikke vært med på det jeg da, men jeg etterlyser jo det da. Og da mener jeg at jeg må inn, det er for sent for meg når det er gjort noen vedtak allerede..... Så jeg savner litt den at flere setter seg sammen og tenker ut hva vi gjør og hva som er mest effektivt både for tjenestemottakeren og dem som jobber. Nå synes jeg det er vanskelig å få slik dialog.

Mine forventninger var på forhånd nettopp at arbeid med individuelle planer skulle føre til et slikt samarbeid som denne informanten etterlyser.

Jeg hadde på forhånd en forestilling om at bestiller/utfører modellen ville medføre at de tre fasene i den profesjonelle prosessen ble fordelt mellom bestillerenheten og utførerenheden. Det ville da innebære at bestillerenheten hadde ansvar for diagnose- og analysefasen, mens utførerenheden hadde ansvar for tiltaksfasen. I praksis viser historien over at der man hadde en myk bestiller/utfører modell, samarbeidet bestiller og utfører tett om å utforme tjenestetilbudet. Slik ble det også i praksis etter hvert i den andre kommunen med bestiller/ufører modell. Denne ordningen innebar likevel at kommunen på denne måten fikk et samlet vedtak for flere kommunale tjenesteområder, men slett ikke alle. Sosialtjenesten kom for eksempel ikke inn under denne ordningen i de to kommunene. Sentrale aktører som fastlegen kommer heller ikke under en slik ordning. I de andre kommunene var det varierende grad av

samarbeid mellom tjenestene, men koordinator formidlet gjerne kontakt med tilgrensende tjenester som hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Selv om saksbehandlingen var ulik fra kommune til kommune så var det ett kjennetegn som var felles for alle kommunene: Ingen vedtak synes å bygge på en individuell plan. I noen tilfeller ble det utformet vedtak om at det skulle lages en individuell plan, men det var i mitt materiale ingen eksempler på at det først ble utarbeidet en individuell plan som så dannet grunnlaget for de ulike vedtakene. Vedtakene var dermed ikke bygget på en beskrivelse av mål, ressurser og behov i den individuelle planen. Virkningen av denne måten å utforme tjenestetilbudet var flere. Den første konsekvensen var at det ble utformet et tjenestetilbud før man utarbeidet en individuell plan og etablerte en ansvarsgruppe. Det eksisterte dermed et sett av tiltak før den individuelle planen var ferdig. I prinsippet trengte ikke dette å by på noen problemer, man kunne tenke seg at så snart arbeidet med den individuelle planen var kommet i gang så ville man endre tjenestetilbudet i tråd med den beskrivelsen av mål, ressurser og behov som man kom frem til. En slik løsning var imidlertid ikke uten problemer. Noen av deltakerne i ansvarsgruppen sto fritt til selv å endre tjenestetilbudet, noen kunne endre tjenestetilbudet innen forholdsvis vide rammer, andre måtte gå via en overordnet for få tillatelse til slike endringer, mens noen i en kommune med bestiller-utfører modell måtte gå via bestillerkontoret. Det var derfor ikke gitt at deltakerne i en ansvarsgruppe i fellesskap kunne bestemme å endre et tjenestetilbud. I mange tilfeller ville ønskete endringer ikke kunne gjennomføres før man hadde fått nye vedtak.



## 6 BRUKERMEDVIRKNING OG INDIVIDUELL TILPASNING

Jeg skal i dette kapitlet fokusere på de av målene med den individuelle planen som handler om brukermedvirkning og individuell tilpasning. Jeg legger til grunn at dette er begreper som henger så tett sammen at det blir vanskelig å skille dem. Individuell tilpasning er et sentralt poeng ved brukermedvirkningen, og dersom man skal la tjenestemottakerne få medvirke ved utformingen av tjenestetilbudene, så må jo konsekvensen av dette være at disse tilbudene blir tilpasset den enkeltes ønsker. Grunnlaget for dette ligger i at den individuelle planen tar utgangspunkt i hver enkelt tjenestemottakers mål, ressurser og behov. Dette er faktorer som er ulike fra person til person. Dersom man skal bruke dette som utgangspunkt for det tjenestetilbudet man skal utforme i den individuelle planen, så må tjenestetilbudet bli individuelt tilpasset. Riktignok kan vi tenke oss at tjenesteyterne utformer individuelle planer med ulike tjenestetilbud fra person til person og begrunner dette med at man da bidrar til individuell tilpasning, selv om tjenestemottakerne ikke får være med på denne utformingen av de individuelle planene. I så fall er det mulig å si at man kan ha individuell tilpasning, uten å ha brukermedvirkning. Det er likevel utenkelig at man kan ha brukermedvirkning uten individuell tilpasning. Slik sett er det for meg naturlig å beskrive disse to målsettingene i sammenheng.

Først vil jeg avklare hva jeg legger i begrepet *brukermedvirkning*. Dernest vil jeg vise en del av de utfordringer de som arbeider med en individuell plan vil møte dersom de skal oppnå slik brukermedvirkning. På bakgrunn av dette vil jeg så skissere noen antagelser om hvordan arbeidet med den individuelle planen må foregå for at brukermedvirkning skal kunne oppnås. På samme måte vil jeg beskrive hva jeg legger i *individuell tilpasning*, og hvilke utfordringer man står overfor i forhold til å nå et slikt mål. Tilslutt skal jeg med utgangspunkt i mine data vise i hvilken grad disse målene blir ivaretatt i det konkrete arbeidet.

### 6.1 Brukermedvirkning

En av de sentrale målsettingene med individuelle planer er å bidra til økt brukermedvirkning. Brukermedvirkning er et slikt begrep som kommer igjen i veldig mange ulike sammenhenger. Det er på ingen måte noe uttrykk for at begrepet har en entydig definisjon – heller tvert imot. Jeg skal derfor her prøve

å avklare hvordan jeg oppfatter dette begrepet og hvordan jeg ser utfordringene for brukervedvirkning i forhold til individuelle planer.

Etter min mening kan vi registrere flere ulike begrunnelser for brukervedvirkning. I Ot. Prp. Nr. 11 (1998-99) (om den nye psykiatriloven) er det tydelig at regjeringen legger stor vekt på både det etiske og det demokratiske perspektivet på brukervedvirkning. Retten til selv å bestemme over sitt eget liv, selv om man har en psykisk lidelse fremheves som grunnleggende. Proposisjonen inneholder bl.a. en omfattende gjennomgang av både norsk og internasjonal rett i forhold til menneskerettigheter. Likevel er det først og fremst i forhold til de situasjoner der det foreslås hjemmel for å bruke tvang at disse perspektivene reises.

I Opptrappingsplanen (st. prp. Nr. 63 (1998-99)) er begrunnelsen for brukervedvirkning tydeligere formulert:

Brukerperspektivet står sentralt i Regjeringens politikk. Brukervedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og er i vårt samfunn et gode i seg selv. En åpen forvaltning og deltakelse i offentlig planlegging er eksempler i denne sammenhengen. Videre har tjenestemottakerne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. Dette vil i mange tilfelle være en viktig supplerende for fagfolk, politikere og administrasjon, og kan bidra i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Dette gjelder også deltakelse i kontrollkommisjoner og kvalitetsutvalg. For tjenestemottakere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv. Brukervedvirkning kan bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser, og «gi disse et ansikt» og bidra til en holdning at «også vi kan».

Vi ser her at i tillegg til den etisk/demokratiske begrunnelsen, så er det her også en praktisk og pragmatisk begrunnelse for brukervedvirkningen. ”Videre har tjenestemottakerne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer” er en begrunnelse som knytter seg til at tjenestemottakerne er en ressurs som kan nyttiggjøres for å skape et bedre tilbud. Langt på vei er det samme logikk

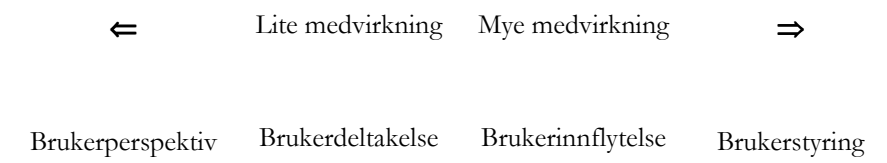
som vi finner i det gamle ordtaket om at ”den vet best hvor skoen trykker som har den på”.

En del av begrunnelsen for brukermedvirkning er også knyttet til NPM-ideologien (NPM = New Public Management). Brukermedvirkning begrunnes der i kundeperspektivet. Det er kundens ansvar å spesifisere hva slags tjenester man ønsker. Tjenestemottakerne må selv definere sine behov og skissere de løsningene som er aktuelle eller ønsket. Tjenesteyterne skal i utgangspunktet bare utføre de oppdragene som blir bestilt.

### 6.1.1 Hva er brukermedvirkning?

Ulike begrunnelser for brukermedvirkning betyr ikke at det henger en entydig definisjon på brukermedvirkningen knyttet til hver begrunnelse. Jeg mener at vi kan beskrive brukermedvirkningsbegrepet ved hjelp av en glideskala. Dette har også andre gjort og Solheim & Rønning (1998:37) refererer til Stromberg og beskriver i alt 9 punkter på en slik glideskala. Humerfelt (2005:31) har også en slik glideskala, men begrenser seg til å beskrive i alt 5 punkter. Jeg har også selv tidligere (Hansen 2001:47) laget en glideskala med 4 punkter. I denne sammenhengen mener jeg at denne skalaen fortsatt er presis nok. Skalaen går fra liten grad av brukermedvirkning til stor grad av brukermedvirkning. De fire punktene er: *Brukerperspektiv*, *brukerdeltakelse*, *brukerinnflytelse* og *brukerstyring*

Skalaen kan da tegnes opp slik:



*Figur 6:1- Skala for brukermedvirkning*

*Brukerperspektiv* innebærer da at de ansatte selv definerer hvilke behov tjenestemottakeren har og hvordan disse skal ivaretas best mulig. Det er altså

ikke tjenestemottakeren selv som bestemmer noe, men de ansatte yter tjenester ut fra hvilke behov de definerer at tjenestemottakeren har. I klassiske somatiske sammenhenger er det gjerne helt ok. Har man falt og slått en arm, overlater man til legen å vurdere om den er brukket og hvis den er det, så lar man legen bestemme hvorvidt den bare skal gipses eller det er behov for andre løsninger. I slike sammenhenger er det vanligvis slik at tjenestemottaker og behandler har sammenfallende interesser. Hvorvidt tjenestemottakeren aktivt deltar i beslutningen, har da liten innflytelse på hva slags løsning som velges.

Med *brukerdeltakelse* mener jeg de situasjonene der tjenestemottakeren får anledning til å delta i beslutningsprosessen, men der tjenesteyterne tar den endelige beslutningen. Dette er gjerne standardiserte tjenester hvor tiltakene er klart definerte i den gitte standarden. Dette gjelder for eksempel for en del ytelser som er regulert i et regelverk og der tjenestemottakeren gis rettigheter til å uttale seg, men der det er tjenesteyteren som har retten til å konkludere hvorvidt grunnlaget for tjenesten er tilstede. I slike situasjoner kan tjenestemottakeren komme med sine synspunkter og fremme de argumenter vedkommende måtte ha. Likevel er det de ansatte som sitter igjen med retten til å ta den endelige beslutningen. I praksis innebærer dette at ressurssterke tjenestemottakere med kunnskap og formuleringsevne vil kunne ha større innflytelse enn personer som ikke kan presentere sin sak like godt. Etter at opplysninger om sykdommer og ulike behandlingsformer er blitt mer allment tilgjengelig, så har tjenestemottakernes mulighet for å være orientert blitt vesentlig bedret.

De situasjonene som jeg karakteriserer som *brukerinnflytelse*, er situasjoner der tjenestemottakerne både deltar i og har reell innflytelse på de beslutningene som tas. Jeg registrerer at man i en del sammenhenger innenfor dansk psykiatri nå er gått over fra å snakke om brukermedvirkning til brukerinnflytelse. I praksis innebærer dette at tjenestemottakerne gis myndighet til selv å ta avgjørelser. Innenfor gitte rammer kan dermed ikke de ansatte overprøve de valgene som tjenestemottakerne gjør. Likevel er det klart at hvor stor innflytelse tjenestemottakerne har er avhengig av hvilke rammer som settes. Valg mellom to løsninger som begge oppleves som tilfredsstillende, vil i forhold til min oppfatning av begrepet være en svært snever form for brukerinnflytelse. Valg der rammene er vide, kan derimot gi stor grad av brukerinnflytelse.

Dersom det er lite eller ingen rammer for beslutningene, mener jeg vi kan snakke om ren *brukerstyring*. Da er det tjenestemottakeren selv som tar beslutningene, og den ansatte blir bare den som utfører. Ordningen med tjenestemottakerstyrt personlig assistent (ULOBA<sup>6</sup> benytter nå formuleringen borgerstyrt personlig assistent) er ment å være en ordning der det er tjenestemottakeren selv som har full styring. Den personlige assistenten skal i slike situasjoner fungere som tjenestemottakerens forlengede arm og gjøre det tjenestemottakeren ønsker, men som vedkommende på grunn av situasjonen ikke selv kan utføre.

Reglene om brukermedvirkning er bl.a. regulert i pasientrettighetsloven. Loven fastslår nå:

### **§ 3-1 Pasientens rett til medvirkning**

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

I et rundskriv fra Sosial og helsedirektoratet tolkes disse reglene slik:

*Første ledd første punktum* slår fast at pasient som mottar helsehjelp har rett til å medvirke. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Det ligger dermed også et element av egeninnsats fra pasientens side for å virkeliggjøre medvirkningen. Ut over det helt nødvendige for å få gjennomført for eksempel undersøkelsen, er det imidlertid opp til pasienten i hvor stor grad denne ønsker å medvirke ytterligere.

---

<sup>6</sup> ULOBA er et andelslag for funksjonshemmede som etter sosialtjenesteloven § 4-2 er tildelt brukerstyrt personlig assistent. ULOBA mener at betegnelsen i loven ikke er hensiktsmessig og har derfor tatt i bruk formuleringen borgerstyrt personlig assistent.

*Første ledd annet punktum* innebærer at pasienten skal medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, men ikke at pasienten skal gis rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Valget mellom ulike metoder kan stå mellom en kort, men smertefull metode, en langvarig, men uten smerter av betydning, og en metode som har en viss lengde og er noe smertefull, men som er mer usikker. For pasienten kan det være vanskelig å velge i situasjoner hvor det ene alternativet ikke har klare fordeler eller ulemper. Retten til å medvirke øker dermed kravene til informasjon fra det behandlende helsepersonellet. I det ovennevnte eksempelet bør helsepersonellet gi pasienten en anbefaling om hvilken metode som i sum vil være den beste.

Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet frita helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, og pasientens medvirkning medfører ikke at pasienten blir ansvarlig for den helsehjelpen som blir gitt.

En del av medvirkningsretten er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i ettertid. Dersom helsehjelpen evalueres av helsetjenesten, skal pasientene så langt det er mulig trekkes inn i dette for å delta med erfaringstilbakeføring.

(Rundskriv IS-12/2004:24)

Selv om disse formuleringene tydelig er mest tilpasset somatikken, mener jeg at direktoratet med dette beskriver brukermedvirkning på en måte som i hovedsak faller sammen med det jeg kaller brukerinnflytelse.

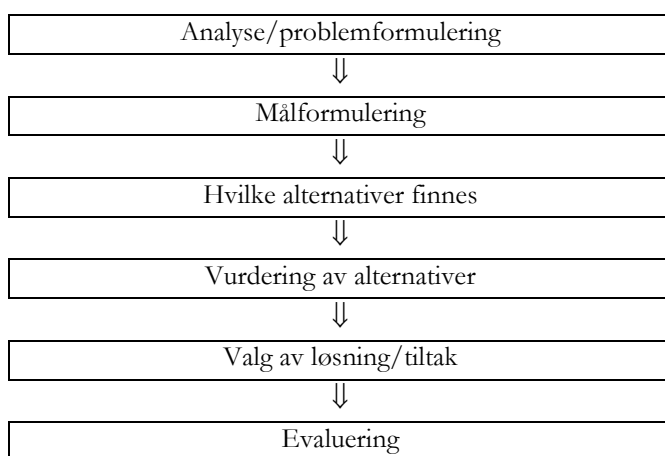
## **6.2 Brukerinnflytelse**

Det sentrale spørsmålet i forhold til brukermedvirkning er i min sammenheng, hvordan kan tjenestemottakeren oppnå innflytelse på innholdet i den

individuelle planen? Er det i det hele tatt mulig? Og hvis det er mulig hvilke fallgruver er det som foreligger?

Jeg har lagt til grunn at brukermedvirkning handler om innflytelse på en beslutningsprosess. Jeg skal derfor bruke noe plass på å beskrive ulike oppfatninger av hvordan en slik prosess kan oppfattes. Utgangspunktet for arbeidet med individuelle planer synes å være oppfatningen av at en beslutning er en rasjonell og lineær prosess.

En rasjonell beslutningsprosess kan synliggjøres skjematisk på følgende måte (Kleven & al 1998:18; begrepsbruken er endret noe):



*Figur 6:2- En rasjonell planleggingsprosess*

Utgangspunktet er en eller annen form for problemformulering – en oppgave som skal løses. Hva slags oppgave dette er analyserer man seg frem til gjennom første ledd. I forhold til den individuelle planen er det dette som skjer når tjenestemottakerens situasjon beskrives med ressurser, utfordringer og behov. Her legger man grunnlaget for å beskrive det manglende samsvaret mellom samfunnets forventninger og tjenestemottakerens muligheter. På bakgrunn av denne analysen skal tjenestemottakeren skissere et eller flere mål for seg selv og for planen. Målene skal være mer eller mindre konkrete, men skal i alle fall gi grunnlag for velge ut tiltak som kan hjelpe tjenestemottakeren mot disse

målene. Målet, eller målene danner så grunnlaget for at man samler sammen opplysninger om hvilke alternativer som finnes for å nå det gitte målet. Knyttes målet til en gitt arbeidssituasjon, gjelder det å finne frem til hvilke utdanninger eller praksis som kan gi grunnlag for slikt arbeid. Handler det om behandling av en sykdom gjelder det å finne frem til hvilke behandlingsmetoder som finnes. Disse alternativene må så vurderes. Hvilket alternativ passer best til denne tjenestemottakerens situasjon? Hvilken løsning er best og hvilken er mest hensiktsmessig? Er det bedre å velge en kort utdanning enn en lang? Er det bedre å velge et behandlingsopplegg med bruk av medikamenter som gir rask virkning, men også mye bivirkninger, eller er det bedre å velge et behandlingsopplegg som tar lengre tid, men der man unngår de verste bivirkningene?

Slike vurderinger danner så grunnlaget for at man (i henhold til teorien) fortar de fornuftige valgene. Likevel har man i arbeidet med den individuelle planen lagt inn muligheten for at det ikke alltid er den beste løsningen som velges og det foreligger derfor et krav om at man jevnlig skal evaluere planen, både for å se at den følges og for å vurdere om de valgene som er gjort er hensiktsmessige.

Individuelle planer skal ta utgangspunkt i tjenestemottakerens egne mål og behov for tjenester. Slik sett er det nettopp klare preferanser som skal danne utgangspunktet for planen. Likevel er det grunnlag for å stille spørsmål ved om denne tjenestemottakergruppen er den som best kan formulere sine preferanser og særlig dersom dette skal skje kort tid etter at tjenestemottakeren er blitt innlagt på en institusjon. Volden (2004:53) som har egen erfaring som bruker av tjenestene for psykisk helsearbeid, stiller for eksempel spørsmål ved hvordan man kan forvente at tjenestemottakere som er blitt tjenestemottakere nettopp fordi de defineres som irrasjonelle, skal være rasjonelle i en slik prosess.

Det er også et spørsmål om hvor stor innsikt denne gruppen har i ulike alternativer og konsekvensene av disse alternativene. Tidligere undersøkelser (se for eksempel Album 1996) tyder på at de viktigste informasjonskildene i slike sammenhenger er andre tjenestemottakere og venner og familie, men ikke tjenesteyterne. Dersom den individuelle planen skal kunne fungere etter sin hensikt, blir det en utfordring å sikre tjenestemottakerne tilstrekkelig grunnlag for å vurdere ulike alternativer. Om og hvordan denne utfordringen løses er et sentralt spørsmål i forhold til å sikre grunnlaget for brukermedvirkning i arbeidet med individuelle planer.



En sentral forventning i NPM-ideologien er at tjenestemottakerne selv skal kunne bygge opp kunnskap om alternativer. I helsesektoren er såkalt *evidensbasert medisin* blitt en strategi som skal hjelpe tjenestemottakerne til selv å kunne velge mellom aktuelle alternativer (Sahlin-Andesson 2003). Evidensbasert medisin innebærer bl.a. at det finnes uavhengige fagfolk som skanner vitenskaplige tidsskrifter for å finne ut hvilke behandlingsformer som er dokumentert virkningsfulle. I Norge har Senter for medisinsk metodevurdering, en slik rolle. Dette senteret presenterer så rapporter som beskriver kunnskapsgrunnlaget i ulike behandlingssammenhenger. Rapportene er tilgjengelig på nettet og hvem som helst kan på denne måten oppdatere seg på hva som er det gitte kunnskapsgrunnlaget. For tjenestemottakere er dette en mulighet til å skaffe seg kunnskap slik at de kan foreta kvalifiserte valg mellom ulike alternativer. I forhold til psykisk helsearbeid i kommunene er en slik tilnærming problematisk. For det første vil tjenestetilbudet som skal beskrives i en individuell plan være mer omfattende enn de tiltakene som det knyttes evidens til. Stort sett er dette analyser av rene behandlingsopplegg, eller av måter å organisere tjenestene på. Hvilke fritidstilbud, botilbud eller utdanningstilbud som er best, vil det ikke være mulig å finne ut av ved å bruke evidensbaserte databaser. Viktige deler av tjenestetilbudet i den individuelle planen, vil det dermed ikke foreligge noe evidens som grunnlag for. I tillegg er det flere som stiller spørsmål ved om evidens egner seg som grunnlag for valg av behandlingstilbud i psykisk helsearbeid (Johannessen 2004, Ekeland 2004).

Et litt annerledes perspektiv er *empowerment-tankegangen*. Empowerment er et begrep som mangler en presis definisjon (Askheim 1999), noen inkluderer bl.a. evidens-basert medisin som en empowerment strategi. Jeg velger å oppfatte dette begrepet som en strategi mer direkte rettet mot at den enkelte tjenestemottaker skal bygge opp sin kompetanse til å foreta kvalifiserte valg. Det betyr at noen må bidra aktivt til å gi tjenestemottakeren nok innsikt i sin egen situasjon til at vedkommende har et grunnlag for å foreta valg mellom ulike alternativer. Reglene om informasjon i pasientrettighetsloven, legger etter min mening opp til at tjenesteyterne langt på vei skal ha en rolle der de gir tjenestemottakerne grunnlag for å gjøre valg mellom ulike alternativer. Dette innebærer i praksis at tjenesteyterne må legge til rette for at tjenestemottakeren får informasjon om ulike alternativer og om konsekvensen av de ulike alternativene. Jeg forventet derfor at tjenesteyterne skulle bruke ansvarsgruppene til å synliggjøre hvilke alternativer som forelå og at de

gjennom en diskusjon både seg i mellom og med tjenestemottakeren, skulle gi vedkommende bedre grunnlag for å prioritere mellom ulike tiltak i den individuelle planen.

Institusjoner preges av at det tas beslutninger i mange uformelle sammenhenger. I tillegg preges for eksempel psykiatriske institusjoner av et omfattende sett av rutiner og formelle og uformelle regler. I slike sammenhenger kan da formelle beslutningssituasjoner bli preget av "garbage-can"- situasjoner der deltakerne søker å finne løsninger også på andre spørsmål enn de som er på agendaen.

Å ta utgangspunkt i en slik rasjonell og lineær modell for beslutninger er ikke noe nytt i norsk offentlig forvaltning. Retten til å påvirke og delta i beslutninger som angår den enkelte har fremstått som et grunnleggende rettssikkerhetsprinsipp (Echhoff 1996). Dette har også vært lovfestet helt siden vi fikk forvaltningsloven i 1967. Parten (den som avgjørelsen retter seg mot) fikk da rett til å uttale seg før et vedtak treffes (Forvaltningsloven § 17). Det som kjennetegner forvaltningslovens bestemmelser er, etter min mening, den tydelige byråkratiske tenkingen og ideologien. Det betyr at vedtaket forberedes gjennom skriftlig saksbehandling der tjenestemottakeren (parten) gis anledning til uttale seg.

### **6.3 Kan brukervedvirkning måles?**

Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen er hvordan man skal måle brukervedvirkning. Den mest innlysende måten er selvfølgelig å spørre tjenestemottakerne. Det er som jeg har vært inne på foran, en viss selvmotsigelse i å velge andre tilnærminger. Et viktig poeng med brukervedvirkning, er å overlate til tjenestemottakerne selv å definere situasjonen (se for eksempel Vatne 1998). Ut fra en slik argumentasjon, må det da også være naturlig å overlate til tjenestemottakerne selv å definere hva brukervedvirkning er og når dette er oppnådd. Det er denne tilnærmingen Normann, Sandvin & Thommesen (2003) velger å benytte. På denne måten får de frem mange viktige poenger knyttet til hvordan individuelle planer fungerer. De får likevel ikke frem noen tydelig analyse av hvordan arbeidet med individuelle planer bidrar til brukervedvirkning.

### ***6.3.1 Forholdet til modellen for profesjonelt arbeid***

Hvordan kan så denne modellen brukes for å analysere brukermedvirkning? Enkelt nok mener jeg at svaret fremkommer ved å se om modellen følges og om tjenestemottakerne deltar i de ulike fasene.

Det synes som om mange som skal beskrive brukermedvirkning tar utgangspunkt i Bomann-Larsen & Jensens (1985) presentasjon av Peyrots (1982) beskrivelse av at brukermedvirkning handler om retten til å kontrollere følgende faktorer:

- Å bestemme om et problem eksisterer
- Å definere hva problemet gjelder
- Å avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
- Å velge mellom ulike former for hjelp
- Å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten

(Bomann-Larsen & Jensen 1985:202)

I de tre første punktene handler det om diagnosefasen i den modellen for profesjonelt arbeid som er presentert foran. Her handler det både om å definere hvilke data som er relevante og å bestemme hva slags problem som foreligger. I praksis gir denne tilnærmingen grunnlag for å si at dersom man skal ha brukermedvirkning, så er det tjenestemottakerens vurdering av om det er vedkommende selv eller omverden som må endres, og om dette skal legges til grunn for tiltakene. I forhold til en individuell plan vil denne tilnærmingen innebære at det er tjenestemottakeren selv som skal definere hva som er vedkommendes mål, ressurser og behov for tjenester.

Kravet om å kunne velge mellom ulike former for hjelp oppfatter jeg som en forventning om at tjenesteyterne i analysefasen kan beskrive ulike tiltak. En slik beskrivelse må kunne gi så mye informasjon at tjenestemottakeren kan foreta reelle valg mellom de ulike tiltakene. I forhold til prosessen med en individuell plan må da arbeidet foregå slik at tjenestemottakeren blir presentert for ulike strategier for å nå de målene vedkommende har skissert, og at det er tjenestemottakeren selv som tar de endelige valgene.

Det siste kravet handler om å styre prosessen. Dette gjelder både innholdet i den individuelle planen, og utformingen av de konkrete tiltakene man blir enige om å iverksette. Et viktig element, er at det er tjenestemottakeren som evaluerer tilbudet. I praksis innebærer dette kravet at det er tjenestemottakeren som hele tiden kan si at ”nå har tilbudet ikke lengre noen effekt, og jeg vil derfor ha et annet”, eller avslutte kontakten helt.

Et av poengene i den første veiledningen til individuelle planer var at individuelle planer skulle være tjenestemottakerens plan. Konsekvensen av et slikt syn er etter min mening at det må være tjenestemottakeren som kontrollerer de siterte faktorene. Riktignok er det flere som mener at en individuell plan i praksis er tjenesteyternes plan for hvordan de skal tilrettelegge et helhetlig tjenestetilbud. En slik oppfatning bygger etter min mening i så fall nettopp på at tjenestemottakerne ikke har hatt den innflytelsen på planen som ambisjonene var.

Et annet element som jeg også mener bør tas med i en analyse av brukermedvirkning er March & Olsen (1986:13) sine fire krav til en rasjonell beslutningsprosess:

- Klare preferanser
- Kjennskap til alternativene
- Kjennskap til konsekvensene
- Har en tilfredsstillende beslutningsrutine

Dersom man skal ha brukermedvirkning må altså beslutningen gjennomføres på en slik måte at tjenestemottakerne faktisk deltar i selve beslutningsprosessen. I forhold til min analyse blir da et sentralt spørsmål om arbeidet med individuelle planer faktisk bidrar til en bedre beslutningsrutine enn den man har uten en slik plan. Det er også et spørsmål både om arbeidet med en individuell plan fører til klarere preferanser hos tjenestemottakerne og om de i disse prosessene får formulert preferansene. Det konkrete uttrykket for preferanser finner man først og fremst i planenes målformuleringer, men det handler også om valg mellom ulike alternativer. I utgangspunktet er det grunn til å tro at tjenestemottakere generelt sett har begrenset kjennskap både til hvilke alternativer som finnes og konsekvensene av disse. Det betyr at det er viktig å vurdere om individuelle planer bidrar til at tjenestemottakerne får relevant informasjon i forhold til hvilke alternativer som finnes og konsekvensene av disse alternativene. Dersom tjenestemottakeren skal kunne ha en mulighet til å

foreta egne og kvalifiserte valg, er det en forutsetning at de har informasjon om ulike måter å nå målene på eller å ivareta tjenestemottakerens behov.

Jeg har altså lagt til grunn at arbeidet med individuelle planer er definert som en rasjonell prosess, og jeg har derfor skissert hvordan en slik prosess beskrives i forhold til profesjonelt arbeid. At en slik modell følges betyr ikke i seg selv at man skaper brukermidvirkning. Spørsmålet er derfor om arbeidet med individuelle planer bidrar til at tjenestemottakerne medvirker i denne prosessen på en slik måte at de påvirker de beslutningene som tas.

## **6.4 Individuell tilpasning**

Individuell tilpasning handler om å utforme tjenestetilbudet slik at det passer hver enkelt tjenestemottaker. Dersom tjenestetilbudet bygger på brukermidvirkning, vil det for en stor del ha en individuell tilpasning. Riktignok kan et tjenestetilbud være individuelt tilpasset uten at det bygger på brukermidvirkning; individuell tilpasning medfører ikke automatisk at man har brukermidvirkning. I praksis har det likevel vært vanskelig å skille mellom disse to målene. Jeg går derfor videre med å se på individuell tilpasning, før jeg presenterer empiri i forhold til disse begrepene.

Individuell tilpasning er et mål som bygger sterkt på rehabiliteringsideologien. Tanken er at man skal bistå ”brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, § 2). Utgangspunktet er altså at en individuell plan skal bygge på tjenestemottakerens egne mål, ressurser og behov. Det er hver enkelt tjenestemottakers spesielle situasjon og egen strategi for deltakelse og mestring som skal bestemme hva slags tjenestetilbud hver enkelt skal få. Den individuelle planen må derfor i utgangspunktet bli forskjellig fra person til person.

Rent generelt kan vi si at motsatsen til individuell tilpasning er ulike former for standardisering. Jeg har allerede vært inne på at klare regler, slik vi vanligvis finner i trykdeetaten, skaper en annen situasjon enn den klassiske profesjonelle prosessen, ved at analysefasen fjernes. Regler er en form for standarder (March 1994), men vi har også andre aktuelle former for standarder som kan motvirke mulighetene til å sikre en individuell tilpasning av tjenestetilbudet. Jeg skal siden

komme mer tilbake med konkrete eksempler på hvordan slike regler eller rammer for tiltakene, reduserer tjenesteyterens muligheter til å utforme den individuelle planen i tråd med målene om brukermedvirkning og individuell tilpasning.

## 6.5 Hvordan er praksis?

### 6.5.1 *Holdninger til brukermedvirkning*

Utgangspunktet er at alle informantene mine er for brukermedvirkning. De uttrykker seg på generell basis positivt til brukermedvirkning og har klar forståelse for at brukermedvirkning også innebærer at man må respektere de valgene tjenestemottakerne tar, selv om tjenesteyteren tror at tjenestemottakernes valg er urealistiske. Følgende utdrag av et intervju er forholdsvis representativt i forhold til de holdningene som ble presentert:

Spørsmål

Hvordan uttrykker det seg?

Informant

Nei, altså. Det gir seg uttrykk i at en reserverer seg overfor de forslagene – de tingene som pasienten kommer med, at en på en måte snakker ting litt bort....vil jeg tro at er den holdningen som en møter oftest .... Ja det her får vi snakke vedkommende bort fra, for det her blir å skyte for høyt. Dessverre så er det sånn

Spørsmål

Men hva er det uttrykk for – det er vel ikke utenkelig at her i gruppen er det enkelte som har urealistiske mål?

Informant

Ja, men min neste leveregel er at det er en menneskerett å gå på trynet. Det er først da når en får den erfaringen, at en kan begynne å jobbe... på et vis. Hvis en greier å ta fatt i den erfaringen, for det er ikke bare en erfaring for omgivelsene til den pasienten, det er jo en erfaring for pasienten, også. Da kan vi begynne å jobbe, sier jeg.

Du kjenner ikke et menneske før det har gått på trynet et par ganger.

Jeg legger derfor til grunn at informantene mine er positive til brukermedvirkning og faktisk har et ønske om å bidra til å realisere slik medvirkning.

De negative kommentarene og forventningene til andre tjenesteyterne, kan skyldes to forhold. Det ene er at de oppfatter seg selv som spesielle og i denne sammenhengen ”bedre” enn andre. Dette er en forklaring som jeg ikke har noen dokumentasjon på at er gyldig. Den andre forklaringen knytter seg til skillet mellom det man sier man gjør og det man faktisk gjør (Agyris 1990:26). Han viser at mange mennesker sier de handler ut fra visse prinsipper, men i praksis følger helt andre. Grunnen til at så mange av informantene er skeptisk til andre tjenesteyteres holdning til brukermedvirkning, kan derfor være at de vurderer handlingene deres, og ikke det de sier. Jeg skal siden komme tilbake til at også jeg har registrert klare forskjeller mellom hva en person sier at vedkommende gjør og hva vedkommende faktisk gjør. Det er derfor en viss dokumentasjon på at denne siste forklaringen kan være gyldig.

En annen informant er mer presis på hvordan vedkommende ser at brukermedvirkning er positivt, ikke bare for den enkelte bruker, men også for tjenestene:

Det er høy grad av brukermedvirkning i dette her. Det tror jeg at kanskje tjenestene våre blir mer effektive av og at de blir mer hensiktsmessige for brukeren. Vi kan ofte sette oss mål ut fra en ide om hva som hadde vært ideelt, men så er ikke brukeren helt der, og da når vi aldri det målet, på en måte. Det er kanskje viktigere å komme brukeren i møte og få brukeren til å definere målene, hva han ønsker, hvilke tjenester han ønsker skal være med og deretter jobbe ut fra det.

Konklusjonen er at de ansatte helt klart uttrykker seg positivt til brukermedvirkning på generell basis. Dette har to viktige implikasjoner: Dersom det er riktig at det er forskjell på de holdningene de uttrykker og den atferden de har, så innebærer dette at det ikke er nok å finne ut hva de ulike tjenesteyterne mener, man må også observere hva de faktisk gjør. Den generelle

positive holdningen til brukermedvirkning innebærer også at det dermed blir vanskelig å vurdere om den brukermedvirkningen som finnes, er et resultat av arbeid med individuelle planer eller av en generell samfunnsutvikling med stadig sterkere fokus på brukermedvirkning.

Dette er utfordringer som jeg ikke ser enkle svar på, men som jeg i løpet av hele datasamlingen har vært observant på. Selve designet på datasamlingen med bruk både av intervjuer og observasjon er delvis begrunnet med behovet for å registrere eventuelle forskjeller mellom uttalte holdninger og registrert atferd.

### **6.5.2 *Initiativet***

Felles for alle de individuelle planene er at initiativet er tatt av tjenesteapparatet. Det er ingen av tjenestemottakerne som selv har tatt initiativ til å sette i gang arbeidet med individuelle planer. For alle de tilfellene jeg har sett på er det derfor tjenesteapparatet som har ment at det har hensiktsmessig med en individuell plan. I utgangspunktet kan man da tro at de individuelle planene er blitt laget for å ivareta tjenesteyternes behov. Det er i mitt materiale lite som tyder på at dette er tilfelle. Heller tvert imot. Følgende kommentarer fra en av informantene viser noe av hvilke utfordringer tjenesteyterne opplever i forhold til arbeid med individuelle planer.

Informant:

Det er vanskelig å ta ansvar vet du. Det er jo det. Noe av dilemmaet i forhold til det synes jeg, er at sånn som jeg tolker regelverket så er det egentlig ganske mange som ville ha hatt rett på individuelle planer. Altså sammensatte tjenester over tid, og det har vi mange som får. Og de er ikke bestandig like godt koordinert...I forhold til de tjenestemottakerne jeg har, så ville jeg ikke hatt ressurser til det. Nå er det ikke alle som fyller kravene, men veldig mange av dem. Jeg ville ikke hatt ressurser til det.

Spørsmål:

Til hva?



Informant:

Til å utforme en individuell plan sammen med denne ansvarsgruppen, fordi det faller da på den som er koordinator, sånn at jeg opplever at individuell plan er noe som gjelder et fåtall, altså i praksis sånn som den store kronikergruppen hvor vi ser at behovet er størst, men som kanskje har minst utbytte av det fordi at de trekker seg fra dette ansvaret og er passive.

En individuell plan oppfattes altså som en belastning, men de ansatte er klar over at det er en rettighet for tjenestemottakeren og de føler seg derfor forpliktet til å ta slike initiativ. Samtidig leser jeg ut av dette sitatet også en analyse av hva som er det store problemet i forhold til den brukergruppen jeg har sett på, mennesker med psykiske lidelser. Mange av disse tjenestemottakerne er, eller blir, passive i forhold til tjenesteapparatet. Mine erfaringer fra andre sammenhenger tyder på at mange fysisk funksjonshemmede både har tatt initiativ til og opplevd individuelle planer som positive. Dette stemmer også med andres erfaringer (Thommesen, Normann & Sandvin 2003). Det er derfor grunn til å tro at det er kjennetegn ved brukergruppen som gjør at det ikke er noen av tjenestemottakerne som har tatt initiativ til disse planene.

## **6.6 Diagnosefasen**

I diagnosefasen skal man finne frem til tjenestemottakernes mål, ressurser og behov. Jeg registrerer at Berge & Lorentsen (2003: 27) sterkt anbefaler at målavklaringen ikke skjer i fellesskap, men som et samspill mellom tjenestemottaker og koordinator. Stort sett er det dette som skjer også i min undersøkelse. Hva som skjer i praksis har jeg derfor ikke registrert, men tilbakemeldingene fra mine informanter er nokså entydige på at det er stor grad av brukermedvirkning i slike situasjoner. Følgende dialog kan være et eksempel:

Spørsmål

Brakerens mål og behov, hvem er det som uttrykker dem eller skriver dem ned?

Informant

Det er brukeren. Det er ikke alltid vi er enige, men det får så være, det er deres.

Spørsmål

Man risikerer ikke å komme i en ansvarsgruppe og så sitter det en annen tjenesteyter der og sier: "Nei dette kan ikke du mene. Det er helt utenkelig for deg?"

Informant

Det er ikke den typiske erfaring. Men vi ser godt at de har andre mål og ønsker enn vi fagpersoner. Men det er greit nok, vi kan begynne et sted.

Her er en tilsvarende:

Spørsmål

Opplever du noen ganger, at dette er en gruppe som ikke alltid har realistiske mål i forhold til sin egen situasjon?

Informant

Det er det som er noe av problemstillingen, det snakket vi mye om da jeg var på et kurs om dette (individuelle planer). For de som hadde forelesningene, de sa jo mye om at målene skal være realistiske. Satt på spissen så er det vanskelig når du har en bruker som har vært syk i mange år og som har som mål at han skal få seg kone og barn og svær leilighet. Skal vi frata dem drømmene da? Hva skal vi da være hvis det er det vi skal holde på med? Det er ingen som har blitt friske av å bli realitetskonfrontert hele tiden.

Samtidig er det tydelig at det er en grense for hvor langt brukermedvirkningen går:

Spørsmål

Opplever du at brukerne av og til har sånne mål som er veldig urealistiske?

Informant

Jeg har vel opplevd noen som... ja, vil bli lege. Det er en veldig vanlig uttalelse. De vil bli lege. Det kan være at de ser opp til legene, det gir status, de føler seg selv uten status... De har en drøm, et ønske. Og da blir det en samtale om dette.

Spørsmål

Hvis de sier de vil bli billedhuggere?

Informant

Da vil jeg samtale rundt det. Hva de tenker. "Hva er det som gjør at du vil bli det? Hva har du gjort?" Jeg skriver ikke en linje på hodemålet uten å reflektere sammen med brukeren. Vi kommer ikke utenom den dypere refleksjonen. Jeg synes ikke at man skal ta et skjema også nå skal vi gjøre sånn. Også skriver vi blindt det. Som regel så har vi en god dialog. Har trygghet, har tillit til hverandre. Den tilliten, den åpenheten må være mellom den som skal skrive sammen med en.

Brukermedvirkningen i forhold til målformuleringene synes å være stor. Riktignok går det en grense for hvor langt man kan gå, men de ansatte er altså likevel innstilt på å legge til grunn målformuleringer som går langt forbi det de selv anser om realistisk.

Min konklusjon er derfor at det i diagnosefasen er stor grad av brukermedvirkning i forhold til de målene som formuleres i planen.

## **6.7 Analyse- og Tiltaksfasen**

Jeg har som tidligere nevnt, ikke sett at det foregår noen form for samarbeid om analysefasen. Riktignok er det noen tilbakemeldinger på at det foregår en viss form for samarbeid med tjenestemottakeren i forhold til denne fasen, men i hovedsak er det fokus på tiltaksfasen som er sentralt i arbeidet med de individuelle planene. Jeg slår derfor i det videre sammen de to fasene, selv om fokus i det store og hele vil være tiltaksfasen.

Utgangspunktet var at tjenesteyterne for en stor del var positive til at tjenestemottakerne skulle medvirke ved tjenestetilbudet. At dette også skjer i

praksis kan det ikke være tvil om. Jeg har sett flere situasjoner der det er åpenbart at tjenestemottakerne har stor innflytelse på hva hvilke tiltak den individuelle planen skal legge opp til. I noen av de situasjonene jeg observerte, var det åpenbart at det foregikk stor grad av brukerstyring. I særlig to tilfeller var det tydelig at den individuelle planen bygget på mål som tjenestemottakeren selv hadde utformet. Det som var spesielt interessant i disse tilfellene var at disse målene i stor grad var utformet utenfor ansvarsgruppen og dens arbeid med den individuelle planen.

Følgende historie illustrerer dette:

#### Innledning

Dette er en tjenestemottaker som jeg tidligere har deltatt på ansvarsgruppemøte med. Min undring er hvordan mål og strategier for den individuelle planen er oppstått. Koordinatoren forklarer meg (historien er bearbeidet noe for å fjerne identifiserende opplysninger):

#### Informant

Han har tidligere (for snart to år siden) fått tilbud om aktiviseringskurs. Den våren hadde jeg et møte med læreren på dette kurset. Denne læreren sa da noe om hva som var realistisk for tjenestemottakeren og hva som ikke var realistisk, og det som ikke var realistisk det ville han ikke høre på og var ikke interessert, var veldig sann at ”nei, det kunne han ikke anbefale for tjenestemottakeren måtte vise mye større grad av selvstendighet for å komme seg videre, hvis dette skulle kunne gjennomføres”. Allright - så gikk tiden og tjenestemottakeren kvalifiserte seg gjennom flere kurs og tilegnet seg ganske mye selvtilit. Så han har hatt veiledning av en person som satt utenfor denne ansvarsgruppen. Underveis har han fått en økende interesse for fagområdet. Det går også mye på selvbildet. Altså, han ble dårlig forholdsvis ung og har derfor ikke en utdanning fra før. Han har prøvd å tilegne seg mer og mer. Han er derfor en av de som selv har klart å utvikle en personlig utviklende plan, og å sette opp sine egne mål. Han har tatt veldig mye initiativ selv, overfor skole, og undersøkt det han ønsket svar på, samtidig som han har fått tett oppfølging av hele gruppen. Han er hos meg hver uke, og gir meg

hele tiden tilbakemeldinger om hva som har skjedd for eksempel hos de andre som han har kontakt med. Han er også ivrig på å diskutere med meg.

Spørsmål

Diskuterer dere da realismen i hans utdanningsmål?

Informant

Realismen i utdanningsmålene har vi vel ikke diskutert – han er hele tiden opptatt av sitt aspirasjonsnivå og han er opptatt av fremgangen, kontra situasjoner som kan gjøre det vanskelig å makte forskjellige ting. Men det har hele tiden vært diskutert hva som er gjennomførbart, hva som er lurt å tenke på, hva slags andre momenter for livet hans som er viktig underveis. Han skal tilpasse dette her, samtidig som han har en psykisk lidelse i bunn, en grunnlidelse som han må ta hensyn til fordi dette alltid vil være der og som han må leve med. Den tanken der, at alt må få sin rette plass, og at han må se på hva som er realistisk gjennomførbart, det har liksom vært noe å jobbe med hele veien.

--

Spørsmål

Du sa at du har vært inne allerede på et tidlig tidspunkt og diskutert med læreren på kurset om hva slags utdanning som er realistisk.

Informant

Nei, ikke så konkret for jeg mangler nødvendig innsikt i det fagområdet. Så det er læreren og tjenestemottakeren selv som har diskutert det. Tjenestemottakeren synes å ha en veldig god forståelse for fagområdet og situasjonen sin selv. Han makter også intellektuelt sett ganske mye. Det har ikke vært riktig av meg å ta kontakt med læreren fordi jeg vet, jeg får så mye tilbakemelding, at det prosjektet foregår så solid i mellom de to. Han læreren er en slik dyktig kar, og han har gitt beskjed om at han ikke har mulighet til å delta på ansvarsgruppemøter. ....Jeg synes det er flott at

tjenestemottakeren føler at han behersker relasjonene selv, og så kommer han tilbake hit.

Historien viser også at i alle fall viktige deler av både diagnose- og analysefasen foregår utenfor ansvarsgruppen og koordinators kontroll. Beskrivelsen tilsier at det har foregått en omfattende diskusjon mellom tjenestemottaker og denne læreren som åpenbart har vært sentral i å utforme tjenestemottakers strategi. Det er likevel klart at både koordinator og andre tjenesteytere har sine egne behandlingsstrategier som langt på vei danner grunnlag for en del av de tjenestene de yter.

Også i det andre tilfellet har vi en tilsvarende historie. Tjenestemottakeren har fått informasjon fra andre enn de som deltar i ansvarsgruppen og på bakgrunn av denne informasjonen har vedkommende utformet både mål og strategi for sitt eget liv. Her har tjenestemottakeren både deltatt, hatt preferanser og kunnskap. Det interessante er at i denne prosessen er det tjenesteyterne som ikke har deltatt. Koordinatoren understreker også at vedkommende ikke har tilstrekkelig innsikt til å kunne påvirke denne prosessen. Her ser vi altså at fordi tjenesteyterne ikke har den samme innsikten som tjenestemottakeren, så er det tjenestemottakeren som har innflytelse over målene i den individuelle planen.

De tiltakene som ble gjennomført i disse eksemplene kan deles i to grupper. *Det ene er tiltak som handler om å realisere tjenestemottakerens egne mål om utdanning og jobb.* Disse tiltakene ble utformet av tjenestemottakeren selv, blant annet som historien viser, ved å innhente opplysninger fra eksterne eksperter. *Den andre gruppen tiltak er mer behandlingsrettet* og ble i utgangspunktet utformet av tjenesteyterne. Hvordan disse ble utformet har jeg ikke data på, men når de ble presentert eller referert i ansvarsgruppen, var det ikke noen henvisninger til den individuelle planen. Det er derfor ikke noen indikasjoner på at det var den individuelle planen som la rammene for hvilke tiltak som skulle realiseres. Likevel er det også eksempler på at disse beslutningene ble påvirket av tjenestemottakerens mål og egne valg. Et eksempel som oppsto på et ansvarsgruppemøte, kan illustrere dette. Tjenestemottakeren var på denne tiden ute i arbeidstrening i en databedrift. På grunn av tung medisinerings hadde han vansker med å komme seg opp om morgenen, og han hadde derfor tatt opp med koordinator at han ikke klarte å fortsette i jobben. Koordinator hadde derfor anbefalt tjenestemottakeren å ta dette opp med arbeidsgiver for å høre om det var mulig å organisere forskjøvet arbeidstid, slik at vedkommende både

begynte og sluttet senere på jobb enn det som var planlagt. Dette var en løsning som arbeidsgiver aksepterte. Dette ble så referert i ansvarsgruppemøtet og legen foreslo da å endre tidspunktet for når medisinen skulle tas slik at den bedre passet hans arbeidstid. Dette viser hvordan også andre tjenesteytere kan tilpasse sine tiltak til de målene som tjenestemottakeren så tydelig hadde formulert, selv om det i dette tilfellet var i begrenset omfang.

I noen sammenhenger var det også tydelig at tjenesteyterne strakk seg langt i å utnytte sin kompetanse for at tjenestemottakerne skulle få de tjenestene de ba om. En utfordring i forhold til de fleste tjenester er finansiering. Et eksempel på dette er den debatten som oppstod mellom en av de tjenestemottakerne som jeg har fulgt og en person fra sosialkontoret. Tjenestemottakeren ønsket å få dekket utgiftene til en datamaskin, men sosialkontoret sa nei og viste vedkommende videre til trygdeetaten. ”Ja, men” sa tjenestemottakeren, ”jeg vet at sosialkontoret har dekket slike utgifter tidligere”. ”Ja, men da var den økonomiske situasjonen annerledes enn nå” var svaret hun fikk. Tjenestemottakeren argumenterte altså med et av grunnprinsippene i rettstaten, likebehandling. Svaret var derimot verken rettslig eller faglig, at hun for eksempel ikke trengte slik datamaskin, nei den var helt knyttet til de økonomiske rammene som forelå.

Brukermedvirkningen i disse sammenhengene synes knyttet til at tjenestemottakeren kan bidra med argumenter og data for å dokumentere at man oppfyller kriteriene for den gitte rettigheten. I dette konkrete tilfellet skjedde det likevel noe interessant. Jeg har skissert den profesjonelle prosessen som en lineær prosess fra diagnose via analyse til tiltak. I dette tilfellet ble denne prosessen snudd. Sosialkontoret mente at dekning av utgiftene til en datamaskin måtte være trygdekontorets ansvar. Dette er en løsning som alltid er attraktiv fordi trygdekontorets hjelp vanligvis er uavhengig av eventuelle økonomiske rammer, der er det bare rettslige rammer som gjelder. Det som nå skjedde var at man ble enige om tiltaket, i praksis var dette noe som tjenestemottakeren selv bestemte som et relevant tiltak. De forskjellige tjenesteyterne i ansvarsgruppen aksepterte at datamaskin var et fornuftig tiltak, så lenge ingen av dem fikk ansvar for å betale (trygdekontoret deltok ikke i ansvarsgruppen). De tok derfor utgangspunkt i tiltaket datamaskin. Utfordringen ble da å finne de dataene som kunne bidra til at denne rettigheten kunne bli utløst.

Denne tjenestemottakeren var svært interessert i data, og hadde som mål å ta slik utdanning. Før dette kunne bli aktuelt måtte vedkommende avslutte sin allmennutdanning. Sannsynligvis ville vedkommende oppfylle kravene for å få datamaskin så snart han startet opp med en datautdanning, men tjenestemottakeren ønsket ikke å vente så lenge. Spørsmålet ble da om det fantes andre muligheter for å få trygdekontoen til å dekke slike utgifter. Dette spørsmålet skapte en spennende diskusjon i ansvarsgruppen. I første omgang ble man enige om at en mulighet var å argumentere for at tjenestemottakerens lese- og skriveansker var så store at han derfor trengte en datamaskin. Slike argumenter må dokumenteres overfor trygdekontoen og tjenestemottakeren måtte derfor testes. Slik test ble gjennomført, med et resultat som viste at tjenestemottakeren ikke hadde så omfattende problemer at det kunne utløse rettigheter til en datamaskin.

Denne opplysningen ble så referert i ansvarsgruppen, som igjen tok opp spørsmålet om andre muligheter. Etter en diskusjon kom man da til at tjenestemottakeren også hadde noen somatiske lidelser som kunne utløse rettigheter til datamaskin. Man ble da enige om å utarbeide en erklæring om dette til trygdekontoen. Dessverre ble min datasamling avsluttet før man hadde fått svar på om denne søknaden ble innvilget. Likevel mener jeg at dette illustrerer viktige poenger:

Den individuelle planen i dette eksempelet var tydelig på at et av tjenestemottakerens sentrale mål var å ta datautdanning. En datamaskin var i så måte et aktuelt tiltak som sosialkontoret ikke hadde ressurser til å betale for. Dette var et tiltak som tjenestemottakeren selv var mer opptatt av enn tjenesteyterne. Likevel stilte de andre tjenesteyterne opp for denne tjenestemottakeren. Vedkommende fikk selv definere hvilket tiltak som var viktig, og de andre tjenesteyterne bidro både med argumenter som kunne brukes overfor trygdekontoen og tilrettelagt for å få formidlet disse argumentene overfor etaten. Slik sett bidro arbeidet med den individuelle planen til at brukervedvirkningen overfor trygdeetaten ble styrket.

En forklaring på at vi ser så omfattende brukervedvirkning i disse sammenhengene, kan selvfølgelig være at tjenesteyterne nå er så positive til brukervedvirkning at de ivaretar denne helt uten noen motforestillinger. Brukervedvirkning har vært en sentral målsetting i offentlige dokumenter i mange år, også før man fikk individuelle planer. At tjenesteyterne har utviklet



en positiv holdning til brukermedvirkning er det vanskelig å isolere som en virkning av individuelle planer. Det er heller grunn til å tro at positiv holdning til brukermedvirkning er et resultat av en forholdsvis langvaring utvikling i sektoren. Det er likevel en forskjell på hvilke holdninger man uttrykker og hvordan man handler i konkrete situasjoner (Agyris 1990:26). Spørsmålet er derfor om tjenesteyterne handler slik de gjør fordi de vil, eller som følge av at de må fordi arbeidet med individuelle planer styrker brukermedvirkningen på en slik måte at de ikke har noe valg. Svaret på dette er etter min mening et både/og. For å forstå dette må vi trekke frem *maktbegrepet*. Det er vanskelig å finne frem til en entydig og samlende definisjon på makt. I Norge har vi hatt to maktutredninger, en på 1970-tallet og en nå ved tusenårsskiftet. Disse to prosjektene der et forholdsvis stort antall forskere har vært engasjert, viser på mange måter hvor mange forskjellige ansikter makten kan ha, selv om den siste maktutredningen faktisk ble kritisert for at man definerte makt for snevert.

En definisjon på makt som synes å ha stor oppslutning er:

*”Makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe hun eller han ellers ikke ville ha gjort”* (Dahl 1957, ref i Engelstad 2005:19)

Engelstad hevder videre at denne definisjonen inneholder tre elementer:

- En relasjon mellom A og B
- En intensjon – A må ønske å påvirke B
- En årsakssammenheng – det er A som bevirker at B handler som vedkommende gjør.

I de eksemplene jeg har trukket frem her, er det klart at ansvarsgruppen blir en arena der tjenestemottakeren og tjenesteyterne møtes. Det er også klart at det er utforming av innholdet i tjenestetilbudet som er agendaen på denne arenaen. Dette er tjenestemottakere som har klare mål og ønsker for hvilket tjenestetilbud de skal ha. De er derfor opptatt av å påvirke de andre deltakerne slik at disse bidrar med de tjenestene som tjenestemottakerne ønsker. I disse tilfellene representerer tjenestemottakerne også en kompetanse som tjenesteyterne ikke har. Denne kompetansen bygger blant annet på innsikt de har innhentet/fått fra tjenesteytere utenfor den eksisterende ansvarsgruppen. I forhold til de overordnede målene er det dermed tjenestemottakerne som sitter med innsikten, mens de andre tjenesteyterne ikke har slik innsikt og derfor ikke kan bidra med alternative forslag. I det ene eksempelet foran gir koordinatoren uttrykk for at hun ikke har diskutert hva slags utdanning som var realistisk i det

konkrete tilfellet fordi at hun ”mangler nødvendig innsikt i det fagområdet”. Her er det klart at kunnskap er makt og at tjenestemottakeren selv representerer denne kunnskapen overfor de andre i ansvarsgruppen.

I tillegg er det klart at det er tjenestemottakeren som har oversikten over helheten. Hver enkelt tjenesteyter har, slik de har valgt å organisere arbeidet, bare oversikt over sitt avgrensede tjenestetilbud. Selv om de informerer hverandre, er dette ikke godt nok til at tjenesteyterne kan si at det konkrete tiltaket tjenestemottakeren ber om, ikke passer inn i denne helheten. Den enkelte tjenesteyter har riktignok i mange situasjoner muligheten for å si nei, men dersom en avvisning av et krav fra tjenestemottakeren skal ha legitimitet, må denne avvisningen ha en rasjonell begrunnelse. Slike begrunnelser kan være at det konkrete tiltaket strider mot et bestemt behandlingsopplegg, eller som vi har sett, at det ikke er penger. Det er derimot vanskelig for tjenesteyterne å komme med saklige motargumenter i forhold til et område de ikke kjenner. I praksis blir det dermed tjenestemottakeren som representerer den rasjonelle beslutningsprosessen (March & Olsen, 1986) ved at det er vedkommende som kjenner alternativene, kjenner konsekvensene av de ulike alternativene, har klare preferanser og en tilfredsstillende beslutningsrutine. Dersom tjenesteyterne skal kunne bidra med en reell motekspertise, er de avhengig av å samarbeide slik at de samlet får en skikkelig oversikt over helheten i tjenestetilbudet. Så lenge de ikke gjør det, så vil den ressurssterke tjenestemottakeren være den som har kunnskapsmakten.

## **6.8 Begrensninger i brukermedvirkningen**

I noen tilfeller er det altså slik at brukerne har tilnærmet styring på hvilke tiltak som skal iverksettes. Slik er det ikke alltid. I noen tilfeller det åpenbart at mulighetene for brukermedvirkning er begrenset. I mitt materiale er det særlig fire forhold som setter rammer for hvor mye tjenestemottakerne får styre av tjenestetilbudet. Disse fire forholdene er *holdningene overfor tjenestemottakerne, egenskaper ved tjenestemottakerne, egenskaper ved systemet og ressurser*.

### **6.8.1 Holdninger**

Det er kanskje ikke overraskende at der jeg åpenbart finner at begrensningene i brukermedvirkningen er et sentralt utgangspunkt for innholdet i den

individuelle planen, er i de tilfellene tjenestemottakeren har et tvangsvedtak knyttet til behandlingen.

Også de tjenestemottakerne som er på tvangsvedtak, deltar i ansvarsgruppene og i utarbeiding av planen. Det er likevel tydelig at de ikke er særlig opptatt av disse planene. Fokus er for tjenestemottakerne er i liten grad planene, mer er det tiltakene. I utgangspunktet kunne man tenke seg at selve vedtaket om tvangsmedisinering bare ble definert som et tiltak for å ivareta de målene som tjenestemottakeren har satt opp. Slik har det ikke blitt i mine eksempler. Målsettingen i disse planene er i hovedsak å opprettholde status quo. Planene handler i liten grad om hvor tjenestemottakeren vil. I mye større grad handler planene om hvor de ikke vil, i den forstand at det sentrale for tjenestemottakeren er å unngå å bli så syk at vedkommende må innlegges i institusjon igjen.

I et av tilfellene er det åpenbart at det ikke er samsvar mellom de vurderingene som tjenestemottakeren gjør og de som tjenesteyterne gjør. Ut fra de observasjoner jeg gjorde i to ansvarsgruppemøter, tolker jeg tjenestemottakeren slik at vedkommende mente at hans problemer skyldtes at han hadde mistet kontakt med høyere makter. Jeg er ikke i tvil om at hvis den individuelle planen skulle uttrykke denne tjenestemottakerens mål, så hadde man måttet ha en målsetting om å styrke kontakten med høyere makter. Sett fra tjenesteyternes side er slike vurderinger uttrykk for tjenestemottakerens sykdom og behov for tjenester. Det er derfor ikke overraskende at den individuelle planen i disse tilfellene bygget på tjenesteyternes vurderinger.

I et av tilfellene begrunner koordinatoren holdningen slik:

Vi så ganske tidlig, etter den siste tvangsinnleggelsen, at skal vi holde vedkommende på det nivået at han fungerer best og holder seg mer rusfri, så må vedkommende være på ettervern og på tvangsmedisineringstiltak. Han må være medisinerert. For det har vi dessverre for mange eksempler på at hvis han ikke er medisinerert, så blir han så dårlig at det går utover bosituasjonen, familierelasjoner, forholdet til oss etc. Det er dårlig behandling.

Argumentasjonen for at tjenestemottakeren skal styres er her ene og alene hensynet til tjenestemottakeren selv. I neste situasjon er det også tjenestemottakeren som er fokuset, men her trekkes også familien inn.

Nå bygges også relasjonene til resten av familien, ektefelle og barn opp igjen. Her er også ektefelle knyttet opp mot et behandlingsopplegg og barnvernet er tungt inne i forhold barna. Her ser jeg for meg at det må lages en helhetlig familieplan. Det tror jeg kommer til å være svært viktig å få til.

Dette er også en begrunnelse for hvorfor tjenesteapparatet må styre vedkommende. Det er altså hensynet til både tjenestemottakeren selv og vedkommendes nærmeste som er begrunnelsen for å styre innholdet i tjenestene. Tjenesteyterne mener åpenbart at de har en moralsk og legitim rett til å styre vedkommende. De har i alle fall en legitim rett til slik styring gjennom at det foreligger et tvangsvedtak, men også dette vedtaket er det tjenesteyterne som har tatt initiativ til.

For en av tjenestemottakerne er det også tydelig at vedkommende ikke var særlig glad verken for at man skulle arbeide med en individuell plan eller for de tiltakene som ble følgen av denne. Han ga også flere ganger uttrykk for at han ikke likte det som skjedde, og at han følte seg tvunget til å følge opp de tiltakene han ble ”påført”. I denne situasjonen ga tjenesteyterne klar beskjed om at han ikke hadde noe valg, men at han selvfølgelig kunne klage de avgjørelsene som var tatt inn for overordnet myndighet. Det var åpenbart at dette hadde tjenestemottakeren gjort tidligere uten å få medhold, og hadde derfor resignert i forhold til klager, slik at han ikke så andre alternativer enn å følge opp det som tjenesteyterne bestemte.

I denne sammenhengen ser vi at tjenesteyterne åpenbart utøver makt klart i strid med tjenestemottakerens ønsker. Jeg skrev foran at slik maktutøvelse krever en begrunnelse med en viss form for legitimitet. Legitimiteten knytter seg i disse situasjonene til å definere tjenestemottakerne som irrasjonelle. Da blir det nødvendig for tjenesteyterne å ivareta disse tjenestemottakernes interesser. Etter min mening møter vi en klar institusjonell norm ”the Logic of Appropriateness”. (March & Olsen 1994) som legitimerer inngrep av hensyn til tjenestemottakeren selv og vedkommendes familie.

I de sammenhengene der tjenestemottakerne er på et tvangsvedtak, er det tydelig at selv om vedkommende får delta i utforming av den individuelle planen, så har vedkommende liten innflytelse på denne prosessen. Likevel var det åpenbart at også tjenestemottakeren kunne påvirke hvilke tiltak som ble iverksatt. I praksis hadde tjenestemottakerne to muligheter til å påvirke hvilke tjenester som ble gitt.

Det ene var at tjenestemottakeren kunne fremme ønsker, og så vurderte tjenesteyterne disse. I mange tilfeller ble slike spørsmål tatt opp direkte med den enkelte tjenesteyter, for eksempel slik at spørsmål om endring av medisin ble tatt opp direkte med legen. Likevel hendte det at en del slike spørsmål som handlet om relasjonen én til én mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, ble tatt opp. Noen ganger ble de fulgt opp, andre ganger ble de avvist. Det som uansett var tydelig, var at det var tjenesteyterne som både hadde makten og kunne bestemme resultatet. Dersom tjenesteyteren fant å kunne imøtekomme ønsket, ble det sjelden noen diskusjon om saken. Dersom ønsket ble avvist, ble det strengt tatt heller ikke noen diskusjon, men tjenesteyteren brukte gjerne en del tid på å begrunne sitt standpunkt. Diskusjon om slike spørsmål ble så godt som aldri relatert til den individuelle planen. Jeg har bare ett eksempel på at det skjedde, og da ble det brukt mot tjenestemottakeren fordi tjenesteyteren syntes at ønsket var i konflikt med den strategien som var skissert i den individuelle planen.

Jeg har likevel et eksempel på at arbeidsformen med individuell plan/ansvarsgruppe ga bedre tilbud til tjenestemottakeren. En av tjenestemottakerne sa at han gjerne ville gå i kirken på søndagen, men at han ikke torde å gå uten at noen fulgte han. Søndager er selvfølgelig et problem, siden tjenestetilbudet da er redusert til et minimum. I dette tilfellet løste dette seg fordi en av de andre tjenesteyterne bodde i nærheten av tjenestemottakeren og han pleide selv å gå i kirken på søndager. Selv om han normalt ikke utførte slike tjenester, tilbød han seg å komme innom tjenestemottakeren og ta han med seg i kirken. Dette eksempelet illustrerer et poeng som er svært viktig. Fordi tjenesteytingen er delt mellom ulike tjenester, vil man, uten individuell plan og ansvarsgrupper, ta kontakt med den tjenesten som man tror har ansvar for å yte de tiltakene man etterspør. Hvis denne tjenesten da avviser forespørselen, vil man lett slå seg til ro med at man ikke fikk hjelp. Dersom man har en gruppe der alle tjenesteyterne er samlet, så kan tiltakene fordeles annerledes enn det som er hovedregelen. Slik sett har arbeid med individuelle

planer og ansvarsgrupper et potensial i seg til å styrke brukermedvirkningen, også i situasjoner der tjenestemottakeren ikke har noen innflytelse på diagnose- og analysefasene.

I tillegg til å kunne ønske seg tilbud kan tjenestemottakeren også be om at gitte tiltak blir fjernet. For dem som er på tvangsvedtak, er det likevel ikke noen selvfølgelighet i at de får slike ønsker oppfylt. Dersom tjenesteyterne definerer et tiltak som nødvendig for å opprettholde tjenestemottakerens situasjon, vil de ikke akseptere at slike tiltak tas vekk.

### **6.8.2 Tjenestemottakerne**

Selv om tjenesteyterne er positivt innstilt til brukermedvirkning og legger opp til at tjenestemottakerne skal ha stor innflytelse på utformingen av for eksempel målene i den individuelle planen, så er det ikke alltid like lett å få dette til. En av tjenesteyterne formulerte det slik:

Informant

Ta hun som jeg har jobbet mest med i forhold til individuell plan. Det er mine ting som står i den individuelle planen, altså mine mål på en måte.

Spørsmål

Hvorfor?

Informant

Fordi hun sier det hun vet at jeg gjerne vil. Hun har ikke så lett for å komme med ønsker selv, så foreslår vi ting, ikke sant, så sier hun: ”Ja det vil jeg.” Det handler om å bli rusfri, det handler om nettverk, og mange ting. Men i praksis er det kanskje ikke det hun er opptatt av. Det er vanskelig – jeg vet ikke. Det blir lett sånn at tjenestemottakerne kanskje gjør det som ansvarsgruppen sier. ”Med dine problemer og slik problematikk som du har, så vil vel det å bli rusfri være det første målet”

### Spørsmål

Er det de mange i ansvarsgruppen som gjør at den ene tjenestemottakeren ikke kan motstå presset, eller er det at tjenestemottakeren er så dårlig at han ikke vet hva han vil?

### Informant

Og, at det de vil kanskje er noe den ene dagen og noe annet neste dag...

Dette var også noe jeg selv observerte i sammenheng med at innholdet i den individuelle planen også ble diskutert i ansvarsgruppemøter. Problemet er i disse tilfellene at tjenestemottakeren ikke vet hvor de vil. De har riktignok klare preferanser, men disse er ikke knyttet opp mot fremtiden. Det vet ikke hvor de vil, men de vet svært godt hvor de ikke vil. Det er tydelig at for de fleste av disse tjenestemottakerne, er det viktigste å unngå å bli så syke som de har vært tidligere.

I mange sammenhenger har tjenesteyterne en sentral rolle i utformingen av målene i den individuelle planen. Jeg vil likevel si at det er tydelig at tjenesteyterne i disse sammenhengene bestreber seg på å finne frem til tjenestemottakernes mål. Mens man i forhold til de som var på tvang, var opptatt av hva som var "riktige" mål for tjenestemottakerne, prøvde tjenesteyterne i disse sammenhengene mer å tolke hva tjenestemottakerne ville. Spørsmål som: "Er det ikke dette du vil?", representerer i stor grad hvordan tjenesteyterne prøvde å nærme seg målformuleringene. Likevel synes det vanskelig å få frem tydelige mål fra en del av disse tjenesteyterne. En forklaring på dette er selvfølgelig at disse personene først og fremst opplever usikkerhet i forhold til sin sykdom og derfor ikke er fokusert på fremtidige mål, eller at manglende fokus på fremtiden, er et symptom på sykdommen deres. Det er i hovedsak disse forklaringene jeg får når jeg spør tjenesteyterne.

Jeg er likevel ikke sikker på at dette er de eneste forklaringene. For det første så synes det åpenbart at tjenestemottakerne mangler innsikt og forståelse for hva en individuell plan er og hva som er hensikten med disse. Deres ambivalens kan derfor like gjerne tolkes som usikkerhet overfor den individuelle planen som manglende mål for fremtiden. Dette blir ikke lettere av at tjenestemottakerne forholder seg til et behandlingsapparat. Målet med selve behandlingen er jo klar

– det handler om å bli så bra som mulig. At man skal skissere andre mål enn dette blir overraskende.

Også i denne sammenhengen kan vi forstå det jeg har sett i forhold til makt. Dette er brukere som mangler grunnlaget for å delta i en rasjonell beslutningsprosess. De kravene som March & Olsen (1986) skisserer kan de i liten grad oppfylle. De har ikke klare preferanser, fordi de ikke vet hvordan de vil klare å mestre sin sykdom i fremtiden. Deres mål knytter seg gjerne i en slik periode til å bli frisk. Tjenestemottakerne kjenner heller ikke de aktuelle alternativene. De vet ikke hvilke behandlingsformer som eksisterer, de vet heller ikke hvilke tjenestetilbud som er tilgjengelige og de vet lite om hvilke finansieringskilder som finnes.

Tjenestemottakerne har også begrenset innsikt i hvilke konsekvenser de ulike løsningene har. Det er derfor vanskelig å ta stilling til hvilke tiltak som best ivaretar de målene man måtte ha. I tillegg har de gjerne en uklar forståelse av egen rolle og muligheter i selve beslutningssituasjonen. Hvis en tjenestemottaker skulle ha klare ønsker knyttet til gitte tiltak, kan man da be om dette, kanskje til og med kreve det? Eller risikerer man å bli sett på som vanskelig dersom man kommer med krav? Når ikke tjenesteyterne legger opp til å diskutere de aktuelle tiltakene, kan da tjenestemottakeren starte opp en slik diskusjon? Dette er spørsmål som de fleste tjenestemottakerne har nokså uklare svar på. I praksis har dermed disse tjenestemottakerne ikke noe kunnskapsmakt å bidra med. Problemet er at preferansene er noe utydelige, i alle fall i forhold til målsettingene i de individuelle planene. Tjenestemottakerne mangler åpenbart tilstrekkelig kunnskap både om hva en individuell plan er, og hva hensikten med en slik plan er. Dette kan være et resultat av at tjenestemottakerne mangler forståelse for hva en individuell plan er. Tjenestemottakernes usikkerhet i forhold hva en individuell plan er og hva hensikten med den er, kan skyldes at dette er en ny ordning og at etter hvert som slike planer blir mer innarbeidet, så vil tjenestemottakerne bli bedre orientert.

Spørsmålet er dermed om det finnes strategier som kan bidra til at brukermedvirkningen likevel blir mer reell. Etter min mening kan svaret på dette spørsmålet finnes i begrepet *empowerment*. En definisjon på empowerment som synes å ha fått bred tilslutning er den som Bray og Preston-Shoot presenterte i 1995:



- Extending one's ability to take effective decisions;
- Individuals, groups and/or communities taking control over their circumstances, and achieving their own goals, thereby being able to work towards maximising the quality of their lives;
- Enabling people who are disempowered to have more control over their lives, to have greater voice in institutions, service and situations which affect them, and to exercise power over someone else rather than simply being the recipients of exercised power;
- Helping people to regain their own power

(Braye & Preston-Shoot, 1995:48)

Det finnes ikke noen god norsk oversettelse av ordet empowerment, men begreper som bemyndigelse og myndiggjøring brukes i en del sammenhenger (Askheim 1999, Stang 1997). Disse begrepene er etter min mening langt fra dekkende i forhold til Braye & Preston-Shoot sin beskrivelse. Myndiggjøring er et begrep som får en til å tenke på å gi en person som er umyndiggjort tilbake sine rettigheter, eller som Askheim (2004) sier det: "Makten i hjelperelasjonen skal overføres fra den profesjonelle hjelpearbeideren til tjenestebrukeren". En slik tilnærming innebærer dermed at empowerment kan oppfattes som om det handler om å gi tjenestemottakerne tilbake de rettighetene tjenesteyterne har tatt fra dem.

For meg handler empowerment først og fremst om å bygge opp tjenestemottakerens ressurser. Det betyr at i forhold til den logikken som individuelle planer bygger på, må empowerment innebære at tjenestemottakerens kompetanse til å velge de "riktige" løsningene bygges opp. Dette reiser dermed spørsmålet om hvordan tjenestemottakerens kompetanse kan bygges opp? Som jeg var inne på foran, så er NPM-ideologiens strategi å gjøre relevante data best mulig tilgjengelig, slik at tjenestemottakerne selv kan bygge opp sin kompetanse. I forhold til mange av dem som sliter med psykiske lidelser, er dette en vanskelig løsning. Empowerment innebærer at det først og fremst er *kunnskap* de profesjonelle skal overføre til tjenestemottakerne. Det blir for snevert dersom det bare er beslutningsmyndighet som overføres.

Man kan skille mellom empowerment på samfunnsplan og på individuelt plan. Vi kan da tenke seg to nivåer for å styrke tjenestemottakernes kunnskap om individuelle planer: Det ene er informasjon på gruppeplan til tjenestemottakere i psykisk helsearbeid, det andre er at den enkelte koordinator legger større vekt på å informere tjenestemottakeren om hva en individuell plan er. Hva slags informasjon det har vært på gruppeplan er ikke tema for denne undersøkelsen, men i mine tilfeller har den åpenbart ikke vært tilstrekkelig. Det andre nivået innebærer at koordinatorene sørger for å gi tjenestemottakeren tilstrekkelig kunnskap om hva en individuell plan er og hvilke muligheter disse innebærer. Forutsetningen for at dette virker, er at koordinatorene selv ikke føler samme usikkerhet i forhold til individuelle planer som tjenestemottakerne. På den tiden jeg samlet inn mine data, var det åpenbart at også koordinatorene var usikre på hva en individuell plan egentlig skulle være. En forutsetning for læring er at den som skal hjelpe faktisk har tilstrekkelig innsikt. Mitt inntrykk, etter å ha snakket med koordinatorene og observert dem i ansvarsgruppemøter, er at de faktisk ikke da hadde tilstrekkelig kunnskap selv til å gi tjenestemottakerne den informasjonen de trengte for å formulere gode mål i de individuelle planene. Den visjonen jeg leser ut av empowerment-ideologien om at tjenesteapparatet skal gjøre tjenestemottakeren i stand til selv å foreta kvalifiserte valg, blir vanskelig å realisere hvis tjenesteyterne ikke har tilstrekkelig kunnskap å videreformidle til tjenestemottakerne.

En interessant løsning på dette problemet beskrives av Juliussen (2004). I forbindelse med innføring av handleplaner (en dansk form for individuelle planer) ved to bofellesskap for tjenestemottakere med psykiske lidelser, gjennomførte man felles opplæring for både tjenestemottakere og ansatte. Dette var en omfattende opplæring med i alt 8 halve kursdager og tre etterfølgende veiledninger. Virkningen av dette prosjektet var at tjenestemottakerne og de ansatte kunne gå inn i et likeverdig samarbeide. Juliussen konkluderer derfor med at: ”Handleplansarbeidet er nu basert på en reell tjenestemottakerindflydelse og konkrete kompetencer hos både medarbejdere og brugere (s 63). Selv om dette eksempelet beskriver kompetanse i forhold til å *lage* planene, bør disse erfaringene kunne overføres også til *innholdet* i planene.

### **6.8.3 Standardisering**

En annen viktig faktor som er med på å begrense brukermedvirkningen i arbeidet med individuelle planer, er standardisering. Vi har ulike former for

standardisering. En form er formelle regler, gjerne knyttet til bestemte lover. En annen form er maler og standarder, enten disse er knyttet til utforming av den individuelle planen eller til utforming av tjenestetilbudet. Skal det lages en egen mal for individuell plan, slik at det bare er å fylle inn de aktuelle opplysningene i et eget skjema? Planmaler kan være et instrument som bidrar til å avgrense data og problemstillinger som blir trukket frem i den individuelle planen. Det kan derfor være at det i slike maler ikke er mulig å få plass til spesielle individuelle kjennetegn som er relevant for å utvikle et individuelt tilrettelagt tjenestetilbud. Den første veilederen for individuelle planer konkluderer med at slike maler kan være et problem, og denne veilederen inneholder derfor ikke noe forslag til en slik mal. I mitt materiale er det ulikt syn på slike maler. En informant beskriver følgende:

Spørsmål

Men er det slik at den malen blir en form for barriere mot å sette i gang arbeidet?

Informant

Ja, det tror jeg faktisk. Fordi at barrieren er også klienten, klientens forståelse av hva IP dreier seg om, selv om man da har brukt litt tid på det og forklart det, så skjønner de ikke hva det er...å sette opp mål, og delmål og alt dette her, det blir så krevende for klienten,... greier ikke å forholde seg til data .....

Spørsmål

Slik at et enklere instrument ville også gjøre det enklere for pasienten?

Informant

Ja, det tror jeg faktisk. For det at det er ikke malen i seg selv som er viktigst....det er jo bare et redskap. IP er ikke noe hokus pokus.

En annen informant hadde likevel et helt annet syn på den samme malen:

Spørsmål

Er det bra med en mal?

Informant

Ja, det er en fordel å ha en mal slik at man har en huskeliste over hvilke områder man skal innom.

Her er det to tjenesteytere i samme kommune, med samme mal som oppfatter situasjonen vesentlig forskjellig. Det er likevel tydelig at disse to tjenesteyterne nærmer seg en mal ulikt. Den siste oppfatter malen som en huskeliste der de ulike delene skal benyttes i den grad de passer, mens den første i større grad oppfatter malen som et skjema som skal fylles ut selv om de enkelte feltene ikke er tilpasset den konkrete situasjonen. Dette er en problemstilling som Thommesen, Normann & Sandvin (2003:72-73) også er opptatt av. Deres materiale viser at holdningene til maler varierer, både blant tjenestemottakere og tjenesteytere. Forklaringen på dette kan være at malene er forskjellige fra kommune til kommune, og i hvilken grad planene er hensiktsmessige i en gitt situasjon, er avhengig både av den konkrete malen og den enkelte tjenestemottaker. Likevel viser disse dataene at maler kan være et problem. Også Holck (2004:350 – 353) er opptatt av planmaler. Hennes konklusjon er at de malene hun har sett på er gode utgangspunkter for å beskrive tjenestemottakernes situasjon; hun mener derimot at det er andre forhold som gjør disse planene uhensiktsmessige. Mine data er dermed i samsvar med de resultatene som Thommesen, Normann & Sandvin (2003) kom frem til.

Selv om holdningene til maler er forskjellige, så er det ikke noe i mitt materiale som tyder på at disse malene i særlig grad reduserer brukermedvirkningen eller bidrar til standardisering av tilbudene. Når det gjelder det faktumet at planene som helhet blir forskjellige fra person til person, er likevel svaret entydig at det gjør de. Hvorvidt dette er et resultat av arbeidet med den individuelle planen, er jeg likevel usikker på. De ulike tiltakene utformes åpenbart i relasjonen mellom den enkelte tjenesteyter og tjenestemottakeren. Det er ingen ting som tyder på at den individuelle planen styrer innholdet i disse tiltakene. Forklaringen på at tjenestetilbudet blir beskrevet ulikt fra person til person, og forutsetningsvis individuelt tilpasset, må derfor finnes andre steder enn som et resultat av den individuelle planen.

Bleiklie (1996) har analysert en psykiatrisk klinikk som først og fremst behandlet personer med rusproblemer. Dette var en institusjon som hadde en klar og tydelig ideologi om å differensiere tjenestetilbudet og tilpasse det til hver enkelt pasient. Et særlig viktig kriterium skulle være pasientenes motivasjon og

potensial for å bli rusfri. Ideologien var altså at tjenestetilbudet skulle være individuelt tilpasset forutsetningene til hver enkelt pasient.

Resultatene fra undersøkelsen viser at slik ble det ikke. I praksis fikk hver pasient det samme standardiserte tilbudet. I Bleiklies data er det ikke noe som tyder på at manglende differensiering mellom pasientene er et resultat av at pasientene er en homogen gruppe og derfor er tjent med samme standardiserte tilbud. Heller tvert imot. Det er tydelig at i forhold til de skisserte kriteriene, så er det stor variasjon mellom de ulike pasientene. Ut fra ideologien, skulle da pasienten ha fått et svært variert tjenestetilbud.

Forklaringen på at man på denne måten får en slik standardisering av tjenestetilbudet, er i følge Bleiklie at dette er en måte for å unngå konflikter mellom de ulike tjenesteyterne som samarbeider på klinikken. Behandlerne er ikke uenige i ideologien om at man skal differensiere tjenestetilbudet til de ulike pasientene. De er derimot uenige om kriteriene for å differensiere dette tjenestetilbudet. Man får da det merkelige paradokset at til tross for at alle ansatte er for individuelt tilpassete tjenestetilbud, velger de å yte et standardisert tjenestetilbud. På denne måten unngår de ansatte interne konflikter.

En mulig forklaring på at utformingen av tjenestetilbudet blir ulikt, kan dermed være at tjenesteyterne i mine eksempler i så liten grad samarbeidet om å lage et samlet tjenestetilbud. I praksis syntes det å være slik at hver enkelt tjenesteyter i stor grad hadde frihet til selv å bestemme innholdet i tjenestetilbudet, og at de andre tjenesteyterne verken stilte spørsmål ved det tilbudet som ble iverksatt, eller på annen måte deltok i utformingen av dette. Tjenesteyterne deltok ikke i en felles prosess for å lage en individuell plan. Den individuelle planen trengte dermed ikke bygge på konsensus. Det var derfor ikke behov for å lage standardiserte opplegg som skulle motvirke intern uenighet. I den grad disse tjenesteyterne var uenige, så sa de ikke noe om dette, så lenge de fikk gjøre som de ville. Slik sett kan manglende samarbeid ha medvirket til at tjenestetilbudet ble mer individuelt tilpasset enn det ville blitt med et tettere samarbeid.

En annen form for standarder er regler. Særlig viktig er regler som regulerer tjenestetilbudet ut fra rettigheter. Rettighetsspørsmål oppstår i flere sammenhenger, det gjelder retten til individuell plan, det gjelder rett til tjenester og det gjelder rett til å klage på de vedtak som er gjort.

I forbindelse med regelstyrte tiltak tar man bort den delen som jeg kaller analysefasen. I praksis sitter man igjen med to faser: diagnosefasen og tiltaksfasen. Analysefasen der man vurderer hvilken strategi som er best for å ivareta tjenestemottakerens mål, ressurser og behov, tas bort. Diagnosefasen skiller seg også noe ut. Det er ikke mål, ressurser og behov som skal ivaretas gjennom de ulike tiltakene. I stedet er spørsmålet om tjenestemottakeren oppfyller de kriteriene som ligger til grunn for å ta i bruk standarden. Dersom man har rett til et gitt tiltak, er det ikke spørsmål om man har behov, om det er hensiktsmessig og eller om det passer inn i en helhetlig strategi, man har uansett krav på tiltaket.

*Trygdeetaten* er det mest åpenbare eksempelet på denne formen for utforming av tjenestetilbud. Dette er en klart regelstyrt etat. Den forholder seg i hovedsak til om tjenestemottakeren fyller de *rettslige kravene* til å få en gitt ytelse. Selv i samarbeid med andre om å lage en helhetlig plan, så vil trygdeetaten forholde seg til et regelverk. Problemet her er at man da synes å fjerne seg fra det som er grunnprinsippet i arbeidet med individuelle planer – det er tjenestemottakerens mål som skal styre planen. Brukermedvirkningen innebærer at det er tjenestemottakeren som skal formulere målene i planen (sosial- og helsedirektoratet 2001). Hvis brukermedvirkning i stedet oppfattes som å ivareta rettigheter til tjenester, så fjernes man seg fra en målstyring av planen og går i større grad over til å la rettighetene styre planen. Jeg var innledningsvis inne på at en av målsettingene med individuelle planer var å fjerne seg fra den klassiske byråkratiske rettighetstankegangen og komme mer over på tjenestemottakerinitiert målstyring. Denne problemstillingen er åpenbar i mitt datamaterial og den er også tatt opp som en problemstilling i SATS-meldingen (st. meld nr. 14 2002-2003). Dette er et problem om er nokså grunnleggende og som får virkning også for samarbeid og helhetstenkning.

I forhold til trygdeetaten ble dermed brukermedvirkningen ikke en prosess der man tok utgangspunkt i mål, ressurser og behov. Tjenestemottakerens eneste mulighet for å påvirke hva slags ytelser trygdeetaten skulle bidra med, var ved å skaffe til veie argumenter og dokumentasjon på at vedkommende fylte kravene til en gitt ytelse. Jeg har foran beskrevet en situasjon (søknaden om datautstyr til trygdeetaten) der dette i praksis innebar at vedkommende tjenestemottaker benyttet tjenesteyternes kompetanse til nettopp å fremme en slik argumentasjon.

En annen situasjon som jeg også mener kan beskrives som regelstyrt er den spesielle situasjonen som oppstår når *man skiller utformingen av tjenestetilbudene fra utføringen av de konkrete tiltakene*. De som utfører tjenestene forholder seg til gitte vedtak og ikke til sin egen analyse av hva som er mest hensiktsmessig. En av intensjonene med denne delingen mellom utforming av vedtak og gjennomføringen av disse, er nettopp styrking av brukermedvirkningen (Ramsdal & Hansen 2005). Man skal unngå at tjenestemottakerne kommer i en situasjon der de er redde for å be om den tjenesten de trenger og/eller har krav på, fordi de vet at de er avhengige av et godt samarbeid med den som utfører tjenestene. Tjenestemottakerne skal kunne sette frem krav om tjenester uavhengig av hvilket avhengighetsforhold de føler seg i overfor tjenesteyterne.

Innholdet i tjenestene blir altså definert av et vedtak. I en av kommunene var vedtakene ”harde”; i den betydning at de klart beskrev hva tjenesteyteren skulle gjøre og omfanget av denne tjenesten. I utgangspunktet hadde dermed verken tjenestemottaker eller tjenesteyter særlige muligheter for å endre innholdet i tjenesten. Dersom dette skulle gjøres, måtte i så fall tjenestemottaker sende søknad til bestillerkontoret og be om at vedtakene ble endret. Dersom det forelå en individuell plan, kunne vi tenke oss at denne kunne danne utgangspunkt for en slik søknad. Dette har jeg ingen eksempler på at er gjort. Men at også tjenesteyterne savner en slik tilnærming er tydelig i følgende uttalelse:

For de som skriver den individuelle planen er noen andre enn de som fatter vedtakene. ....så noen ganger så ser man at det er søkt tjenester og fått vedtak før den individuelle planen er påbegynt og da blir jo vedtakene styrende for den individuelle planen.

I praksis innebærer denne ordningen at tjenesteyterne forholder seg til mer eller mindre klare regler for hva de skal gjøre. Selve tjenesteytingen blir på denne måten regelstyrt og ikke styrt av tjenesteyternes faglige vurderinger. Dersom de regelstyrte tiltakene hadde bygget på tjenestemottakernes egne beskrivelser av mål, ressurser og behov, så kunne dette vært en klar styrking av brukermedvirkningen. Problemet er igjen at dette bare virker der tjenestemottakerne er forholdsvis ressurssterke. Dersom tjenestemottakerne selv manglet ressurser til å fremme sine interesser overfor vedtaksmyndigheten, så måtte de få hjelp.

Thommesen, Normann & Sandvin (2003:kap 7) rapporterer at i mange sammenhenger synes koordinatoren for den individuelle planen å være viktigere for tjenestemottakerne enn selve planarbeidet. I kommuner der vedtaksmyndighet og tjenesteyting er delt, synes dette også å være tilfelle. I de sammenhengene der det i samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteyter ble avdekket at tiltakene i vedtaket åpenbart ikke var adekvate, oppfattet koordinatorene at de hadde to alternativer. Det ene alternativet var å være ulydige i forhold til vedtaket og å yte andre tjenester enn det som var vedtatt. Denne løsningen fungerte bare i den grad slike endringer ikke medførte økt ressursinnsats. Den andre løsningen var å hjelpe tjenestemottakeren med å søke bestillerkontoret om endret vedtak. Dette var en oppgave som gjerne falt på koordinatoren for de tjenestemottakerne som hadde individuell plan. I slike sammenhenger synes koordinatorfunksjonen å være svært viktig som et redskap for å styrke brukervedvirkningen.

#### **6.8.4 Ressurser**

En av Abbotts (1988:40) viktige poenger er at den profesjonelle prosessen som jeg har beskrevet foran fra diagnosefase til analysefase og tiltaksfase, ikke er reell. I mange sammenhenger, sier Abbott, tar man utgangspunkt i tiltakene. Mange profesjoner definerer sitt jurisdiksjonsområde ut fra hvilke tiltak man behersker og ønsker å monopolisere. Slik sett kan en aktuell begrensning i den individuelle tilpasningen, være en avgrensning i tjenesteyternes tiltakspanorama.

Min erfaring er at det finnes slike begrensninger, men likevel er det klart at koordinatorene gjør en stor innsats for å finne løsninger på problemer som de selv ikke kan hjelpe med. Her er det riktignok individuelle forskjeller, men alle mine hovedinformanter beskriver historier der de har måttet sette seg inn i nye områder for å kunne løse de oppgavene de mener koordinatorrollen har påført dem.

I tillegg er der flere eksempler som viser hvordan man ved å velge pragmatiske og tilpassete løsninger har klart å finne måter å imøtekomme spesielle ønsker fra tjenestemottakeren på. Eksempelet med tjenesteyteren som kunne følge en tjenestemottaker til kirken fordi han likevel skulle dit, er bare ett. I andre sammenhenger har det handlet om å følge tjenestemottakere på lengre reiser fordi det kunne kombineres med private gjøremål.



Tjenesteyterne står likevel ikke fritt til å velge hvilke tiltak som skal iverksettes. Blant annet økonomi setter begrensninger for hvilke tiltak den individuelle planen kan inneholde. I tillegg er det andre ressurser, som tilgjengelige tilbud og tid som også virker begrensende på tjenestetilbudet. En av informantene beskriver situasjonen slik:

Så er det andre vinklinger på det – hvilke ressurser vi har til rådighet – dette med brukermedvirkning og at lovverket blir mer kjent for brukerne, gjør jo at vi ser at det er et stort avvik mellom den individuelle tilnærminga til brukeren, som kanskje lovverk tilsier og det tjenesten faktisk har ressurser til. Det er jo et dilemma som egentlig hele det offentlige helsevesenet sliter med.

De viktigste begrensningene er tid og økonomi. Flere av tjenesteyterne sier klart ifra om dette:

Kartleggingskompetansen finnes både i kommune og spesialisthelsetjenesten. Diagnostisering må ligge i spesialisthelsetjenesten. Den totale kartleggingen må likevel foregå hjemme. Når pasienten er innlagt kan jo vi med vår lokalkunnskap være med å kartlegge, om hva som er av tilbud i forhold til hva vedkommende bør ha. Det bør være et tett samarbeid om en slik kartlegging. Vi har opplevd tidligere at kartlegging – da kommer de med vurderinger av hva vedkommende trenger og det står ikke alltid i relasjon til hva som finnes av tilbud i kommunen.

Det samme illustrerer følgende uttalelse:

Men det er en plan vi har jobbet litt med, hvor brukeren vil ha noe helt annet enn det kommunen kan gi, og da blir målet hvor brukeren setter opp urealistisk. Det kommunen kan gi er bolig, oppfølging, samtaler og støttekontakt og avlastning, og det går jo på de kommunale tiltakene, men når brukeren vil ha noe helt annet så skjærer det seg. For da blir vi sittende å snakke om noe helt annet enn det kommunen kan gi. Sånn er det jo i flere sammenhenger, at de tilbudene som brukeren vil ha, finnes ikke.

Disse uttalelsene viser at selv der man har kartlagt behov hos tjenestemottakeren, så er det kommunens tilbud som setter grensene for hvilket tilbud man kan gi.

En annen tjenesteyter sa det så direkte:

Økonomi er en begrensning. Man kan ikke yte en tjeneste dersom det ikke er penger til å dekke utgifter.

Det er altså det tilbudet som eksisterer som setter rammene for hvilket tilbud tjenestemottakeren kan få.

En annen begrensning er tid. I en av ansvarsgruppene deltok også moren til tjenestemottakeren. I løpet av møtet kom hun med følgende hjertesukk: ”Husk at dere bare yter tjenester mellom 8 og 16, mellom 16 og 8, og i helgene er det jeg som har ansvar for å gi han et tilbud.” Selv om dette nok var en spissformulering, og ikke helt i tråd med realitetene, så illustrerer den poenget med at de fleste tilbud ytes i ordinær arbeidstid. Dersom tjenestemottakeren har behov for tjenester på andre tider, så er det et problem.

Det er ikke noe i mine data som tyder på at en gjennomgang av mål, ressurser og behov i forbindelse med den individuelle planen medførte at det ble etablert nye tjenestetilbud. Hvilke tiltak som faktisk ble satt i verk som følge av en individuell plan var dermed avhengig av både de ressurser som var tilgjengelige og hvilke konkrete tilbud som eksisterte. Den individuelle planen innebar dermed ikke at brukerne kunne ønske seg tiltak som ikke eksisterte.

En mulig konsekvens av arbeidet med de individuelle planene kunne være at man gjennom kartleggingsfasen så at det var et behov for tjenester som kommunen så langt ikke hadde etablert. Hvis man fikk en samlet oversikt der man så at en stor del av tjenestemottakerne hadde behov for et gitt tiltak, kunne dette vært benyttet som et argument for å opprette et slikt tilbud. Det er ikke noe i mitt materiale som tyder på at dette har skjedd i de aktuelle kommunene. Hvis man skulle benytte de individuelle planene på denne måten til å argumentere for nye tilbud, ville det trolig være hensiktsmessig med en eller annen samlet oversikt over de individuelle planene i en kommune. Dette er det ikke noen av kommunene som jeg har sett på som har etablert. Det er derfor vanskelig å se at individuelle planer påvirker hvilke tjenestetilbud som etableres.

## 6.9 Oppsummering

I praksis er det de tjenestemottakerne som jeg foran har beskrevet som ”de i utvikling” som gjennom individuelle planer får styrket sin brukermedvirkning. For dem blir ansvarsgruppen en arena der de faktisk kan ”bestille” de tjenestene de ønsker. Som følge av denne brukermedvirkningen blir disse tjenestene også individuelt tilpasset den enkelte. For de andre gruppene (”de nye” og ”de stabile”) ser det ikke ut som om den individuelle planen i særlig grad styrker brukermedvirkningen i forhold til tjenestetilbudet. I hvilken grad tjenestetilbudet er individuelt tilpasset synes også å reguleres av andre forhold enn den individuelle planen. For disse gruppene som har begrensede muligheter til å ivareta sine interesser selv, har likevel koordinatoren en viktig funksjon som ”advokat” for tjenesteyteren overfor andre tjenester og/eller vedtaksenheter. Det er også ting som tyder på at ansvarsgruppene blir en arena der man kan finne pragmatiske løsninger på problemer som ellers ville blitt uløste.

Den viktigste begrensningen på brukermedvirkning og individuell tilpasning er *ressurser og tilgjengelige tilbud*. Dette er forhold som individuelle planer i liten grad kan påvirke.

Jeg tok utgangspunkt i at man ikke kan ha brukermedvirkning uten individuell tilpasning. Mine data viser at individuell tilpasning påvirkes av en del forhold utenfor både tjenesteyterens og tjenestemottakerens kontroll. Jeg skal først i denne foreløpige oppsummeringen trekke frem de faktorene som først og fremst har påvirket mulighetene for individuell tilpasning.

### 6.9.1 Individuell tilpasning

Mine observasjoner tyder på at tjenesteyterne i kommunene er opptatt av å tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte. Tilsynelatende så legger tjenesteyterne stor vekt på at tjenestemottakeren skal få utforme egne mål, selv om de er skeptiske til hvorvidt disse er realistiske. Slik sett legger den individuelle planen et godt grunnlag for å utvikle individuelt tilpassete tjenestetilbud. Likevel blir det ikke slik. Dette skyldes at variasjonen i tjenestetilbud bare i begrenset grad avgjøres av den individuelle planen, eller av ansvarsgruppen. Det synes å være to klare begrensninger på mulighetene til å lage et individuelt tilpasset tilbud. Den ene begrensningen knytter seg til tjenesteyternes manglende

tiltaksrepertoar, den andre til økonomiske og organisatoriske begrensninger i kommunen.

Tjenestetilbudet utvikles i hovedsak i samspill mellom tjenestemottaker og den enkelte tjenesteyter. Hver enkelt tjenesteyter synes å ha sine avgrensede tiltak de benytter, slik Freidson allerede i 1970 beskrev profesjonell virksomhet (Freidson 1970/1988:257). I den grad tjenestemottakerne har sammensatte problemer som krever løsninger utviklet i samarbeid mellom flere tjenesteytere, så er det dårlige rutiner på å få frem dette. De mulighetene til å få frem nye og tilpassete måter å løse utfordringene på, ved at tjenesteytere med ulik kompetanse samarbeider, utnyttes ikke. Manglende samarbeid i diagnose og analysefasene, reduserer slik jeg ser det, mulighetene til å få frem et individuelt tilpasset tilbud. Dette er et tema som jeg skal utdype nærmere i neste kapittel. Her skal jeg nøye meg med å konstatere at tjenesteyterne synes å ha en del standardiserte tjenestetilbud som de velger mellom. Slik tjenestetilbudet utformes, så er det liten grunn til å tro at målsetningen i den individuelle planen påvirker hvilke tiltak som gjøres tilgjengelige.

Et annet poeng er at kommunene har begrensede ressurser. Det betyr at tjenestetilbud som tjenestemottakerne kunne trengt, ikke finnes. Her kan det være snakk om tilbud som handler om sosial deltakelse, aktivisering osv. Når kommunen ikke har et dagtilbud som dagsenter eller lignende, så hjelper det ikke at tjenesteyterne ser at tjenestemottakeren trenger et slikt tilbud. Jeg har pekt på at det oppstår problemer dersom for eksempel spesialisttjenesten utformer en bestilling til kommunene. Forutsetningsvis så bygger slike bestillinger fra spesialisttjenesten på en form for analyse av hvilke behov tjenestemottakeren har. Det synes derfor, i disse tilfellene, å være et gap mellom de behovene som spesialisttjenesten avdekker og de ressursene som kommunen kan stille med. Dette tyder på at det ikke er de mål, ressurser og behov som den individuelle planen skulle komme frem til som styrer tiltakene, men i større grad kommunens ressurser. Man kunne riktignok tenke seg at den individuelle planen kunne benyttes som et grunnlag for å presse bevilgende myndigheter til å bidra med økte ressurser. Det er likevel ikke noe i mine data som tyder på at den individuelle planen faktisk ble brukt slik.

Slik sett kan man si at manglende individuell tilpasning er et resultat av manglende tiltaksrepertoar på to plan. Hver enkelt tjenesteyter har begrensninger og kommunene yter, av økonomiske årsaker, bare et avgrenset

tilbud. I praksis eksisterer det dermed bare et visst antall standardiserte tilbud som kan ytes til tjenestemottakeren. Konsekvensen av dette er at tjenesteyterne blir tilbydere. Det er hvilke tjenestene som eksisterer som setter rammer for hva slags tiltak som kan settes i verk. Tiltakene bygger dermed ikke på en analyse av hvordan mål, ressurser og behov skal ivaretas best mulig. I stedet tar man utgangspunkt i hvilke tiltak som finnes og stiller spørsmål om noen av disse kan brukes til å ivareta tjenestemottakerens situasjon. Det er dermed i begrenset grad tjenestemottakerens mål, ressurser og behov som styrer hvilke tiltak som skal beskrives i den individuelle planen.

Likevel er det forhold ved arbeidet med den individuelle planen som styrker den individuelle tilpasningen. Ansvarsgruppene kjennetegnes av at det er en beslutningssituasjon der også tjenestemottakerne deltar, det er ikke noen selvfølgeighet ellers i helse- og sosialsektoren og bidrar således også til økt brukervedvirkning. I slike sammenhenger flyter problemer og løsninger om hverandre. Ansvarsgrupper blir dermed en arena der deltakerne kan tilpasse problemer og løsninger til hverandre. For tjenestemottakeren blir ansvarsgruppen en mulighet til å finne løsninger som ellers ikke ville vært tilgjengelige. Dette er en mulighet som ikke hadde oppstått på samme måte om vedkommende ikke hadde fått delta i gruppen. Slik sett er det derfor grunnlag for å si at aktuelle tiltak blir tilpasset individuelle kjennetegn i den grad det er mulig å tilpasse tjenestetilbudet til den enkeltes behov innenfor de gitte rammene.

### ***6.9.2 Brukervedvirkning***

Jeg har foran vist at det i mitt materiale er eksempler på alle formene for brukervedvirkning. Spørsmålet mitt i sammenhengen er om den individuelle planen har påvirket disse situasjonene slik at graden av brukervedvirkning har økt. Jeg vil derfor oppsummere hvordan arbeidet med de individuelle planene har påvirket brukervedvirkningen i forhold til de ulike nivåene på brukervedvirkning.

### *Brukerperspektiv*

I denne sammenhengen har jeg sagt at det i stor grad er tjenestemottakerne som styrer. Dette er bare delvis riktig. Eksempelene foran viser at mange av tjenesteyterne har aksept for at tjenestemottakerne har mål som i alle fall delvis anses som urealistiske. Når man kommer til valg av tiltak, er det likevel ikke slik at tjenestemottakerne har noe de skulle ha sagt. Grunnen til dette er, slik jeg tolker mine data, at det verken er mål eller noen analyse av hvordan man skal nå disse som danner utgangspunkt for hvilke tiltak som skal iverksettes. Hvilke tiltak som skal iverksettes styres av tre forhold: *tidligere erfaringer, diagnoser og institusjonelle normer*.

De tjenestemottakerne jeg observerte som kom inn i denne relasjonen, var tjenestemottakere med lang behandlingshistorie. Så vidt jeg kunne oppfatte var det til dels nokså dramatiske situasjoner i tjenestemottakernes bakgrunn. Vurderingen i denne relasjonen var derfor knyttet til at man først og fremst måtte unngå gjentakelse av tidligere belastende situasjoner. En del av de tiltakene som ble iverksatt, ble derfor begrunnet med et ønske om å motvirke slike hendelser. Hva slags analyse som lå til grunn for de tiltakene som ble iverksatt, vet jeg ikke, men det var tydelig at tjenestemottakerne ikke hadde deltatt i denne vurderingen. Hvilken psykiatrisk diagnose de ulike tjenestemottakerne hadde, var jeg ikke kjent med, men jeg forutsetter at alle deltakerne i ansvarsgruppen kjente denne. Den psykiatriske diagnosen var derfor ikke noe tema i de møtene jeg deltok i. Flere av tjenestemottakerne hadde også noen somatiske lidelser. Dette var tydeligvis ikke en del av den allmenne innsikten i gruppen, og flere ganger ble enkelte tiltak som var iverksatt, eller skulle iverksettes, bare referert i gruppen med henvisning til en gitt somatisk diagnose. Jeg antar derfor at en del av de andre tiltakene også ble begrunnet slik, uten at jeg noen gang fikk dette bekreftet.

Mitt sterkeste inntrykk både gjennom observasjoner, intervjuer og uformelle samtaler gjerne i forbindelse med ansvarsgruppemøtene, var at tjenesteyterne i denne relasjonen la stor vekt på å ta ansvar. Her skulle tjenestemottakeren bringes fra en situasjon preget av kaos over til et ordnet og noenlunde stabilt liv. Variasjonen i tiltak og utformingen av disse tiltakene var så store, at jeg ikke kan se at det var institusjonelle normer (March & Olsen 1994) som bestemte hvilke tiltak tjenesteyterne skulle iverksette. Derimot mener jeg at denne

normen om å ”ta ansvar” ga tjenesteyterne hjemmel for å ta beslutninger om hvilke tiltak som skulle iverksettes på egen hånd og uten diskusjon med tjenestemottakeren. Den institusjonelle normen her var altså knyttet til tjenesteyterens styringsrett og plikt.

Min umiddelbare konklusjon er derfor at arbeidet med den individuelle planen ikke påvirket situasjoner med brukerperspektiv slik at brukervedvirkningen økte. Dette er likevel en litt upresis beskrivelse av det som skjedde i disse situasjonene. Grunnen til dette er ansvarsgruppemøtene. Ansvarsgruppemøter var etter min mening en arena for beslutninger. Selv om jeg mener at mange beslutninger åpenbart foregikk utenfor ansvarsgruppemøtene, så er disse en arena der det er legitimt å ta beslutninger. Tjenestemottakerne deltar på denne arenaen og det gir dem både legitimitet og mulighet for å påvirke beslutningene. Ansvarsgruppemøter blir da en arena der både tjenestemottaker og tjenesteyter kan trekke frem ulike problemer og løsninger. Ansvarsgruppemøtene fremstår dermed som en ”garbage-can” (March & Olsen 1986) der beslutningssituasjon, deltakere, problemer og løsninger møtes. Jeg kommer siden tilbake til at de fleste beslutningene synes å være tatt allerede før man møtes i en ansvarsgruppe. Likevel er det muligheter for å justere disse noe, blant annet i forhold til konkret utforming av tiltakene. Det er klare eksempler i mitt materiale (jfr. eksempelet med tjenestemottakeren som fikk følge til kirken) på at deltakelsen i ansvarsgruppemøtene ga muligheter for å påvirke tjenestetilbudet på en måte som ellers ikke ville ha vært mulig i alle de fire gradene av brukervedvirkning.

En konklusjon må derfor være at deltakelse på ansvarsgruppemøter skaper en mulighet for brukervedvirkning som ellers vil være vanskelig å oppnå. Normann, Sandvin & Thommesen (2003) peker på at mange tjenestemottakere opplever ansvarsgruppemøter som en belastning. Jeg har observert at nærmest tilfeldige bemerkninger i ansvarsgruppemøtene har kunnet medføre at man har funnet enkle løsninger på tilsynelatende kompliserte problemer. Fordi de institusjonelle normene i stor grad knytter seg til at det er tjenesteyteren som skal ta ansvar, ikke hvilke tiltak som skal iverksettes, så er det en reell mulighet for å påvirke utformingen av disse tiltakene. At en del tjenestemottakere ikke ønsker å delta i slike ansvarsgruppemøter, handler nok også om følelse av avmakt. Mer bevisste ”empowerment-strategier” overfor tjenestemottakerne, kan muligens kompensere for slik avmaktsfølelse.

### *Brukerdeltakelse*

I disse situasjonene er det rettigheter som definerer innholdet i tjenestene. Diagnosefasen handler derfor ikke om tjenestemottakerens mål, ressurser og behov, men om hvilke rettigheter vedkommende har. Brukermedvirkning handler i slike sammenhenger om å dokumentere at man oppfyller kravene til en gitt rettighet. I slike reglestyrte prosesser er tiltaket definert av reglene, men noen regler gir større grunnlag for brukermedvirkning. Størrelsen på økonomiske tilskudd etter folketrygdloven er vanligvis ikke noe mottakeren kan påvirke. Er derimot kravene til utdanningsstøtte oppfylt, har tjenestemottakeren selv stor grad av frihet i å velge hvilken utdanning vedkommende vil ta. Dette er en situasjon som i liten grad påvirkes av den individuelle planen.

Heller ikke deltakelse i ansvarsgrupper hadde i mine eksempler på brukerdeltakelse noen betydning for de aktuelle vedtakene. Her er riktignok erfaringsgrunnlaget noe begrenset, men min erfaring er at det ikke var den som utformet vedtaket som deltok i ansvarsgruppen. Det er en erfaring som Møller & al (2004) også gjør. Det som skjer i ansvarsgruppen har derfor liten betydning for utforming av vedtaket.

### *Brukerinnflytelse*

Ved brukerinnflytelse skal situasjonen være preget av at både tjenesteyter og tjenestemottaker har makt over situasjonen og at de respekterer hverandres makt. I denne sammenhengen er situasjonen de har makt over *utforming av den individuelle planen* og *det tjenestetilbudet som denne planen skal medføre*. I praksis har jeg i veldig liten grad kunnet observere denne situasjonen. Dette skyldes to forhold. Det ene forholdet er tjenestemottakernes avmakt, det andre er manglende innsikt i helheten.

I flere sammenhenger registrerte jeg at koordinatorene prøvde å få tjenestemottakerne til å være aktivt med på utforming både av mål og tiltak. Tjenesteyterne var her tydelig opptatt av at tjenestemottakerne skulle ha en reell innflytelse på utformingen av den individuelle planen. Det var likevel vanskelig å få tjenestemottakerne til å formulere mål. En forklaring på dette er at disse tjenestemottakerne mangler alle kjennetegn på "rational-man" i forhold til en beslutningsprosess (Kleven & al 1998). De klarer ikke å formulere mål fordi de



ikke vet hvilke mål de kan formulere. De er i en behandlingssituasjon fordi de har opplevd noe som gjerne kan beskrives som en livskrise. De er først og fremst opptatte av å unngå nye akutte sykdomsopplevelser og slik sett er de mer opptatt av hvor de ikke vil enn hvor de vil. De er også usikre på hva slags mål de faktisk kan skissere. Uten at de helt vet hva de vil, er det også vanskelig å skissere hvilke tiltak de ønsker. At de dessuten ikke kjenner hvilke alternative tiltak som finnes, gjør det heller ikke enkelt å velge. I praksis ender da tjenesteyterne da gjerne opp på tilbudssiden med å foreslå aktuelle og tilgjengelige tiltak. I mitt materiale var det ingen av tjenestemottakerne som selv hadde tatt initiativ til å få en individuell plan, også i denne sammenhengen hadde tjenesteyterne vært tilbyder. Det virket derfor som om tjenestemottakerne var usikre på hva de skulle bruke den individuelle planen og ansvarsgruppemøtene til.

Dersom man skal motvirke tjenestemottakernes avmakt, er empowerment en aktuell strategi. Dersom tjenestemottakerne får hjelp til å utvikle mål, til å konkretisere tiltak og til å forstå hvordan individuelle planer og ansvarsgruppemøter kan bidra til å oppnå målene, så kan man få en situasjon der tjenestemottaker og tjenesteytere blir mer likeverdige. Dersom man ikke får til dette, er det fare for at man får en pasient – terapeut relasjon, selv om tjenesteyterne var innstilt på noe annet.

### *Brukerstyring*

I denne sammenhengen er det tjenestemottakeren som har styringen på prosessen. En grunn til dette kan være at tjenesteyterne selv velger å gå inn i en utførerrolle og at de overlater styringen til tjenestemottakeren. I mine eksempler synes det likevel å være noe annet som skjer. Disse tjenestemottakerne har åpenbart et klart mål de jobber mot. De har selv også valgt ut en strategi for å nå dette målet. I denne prosessen har de selv samlet data fra forskjellige steder for å komme frem til en tilfredsstillende strategi. I mine eksempler er et viktig kjennetegn at disse tjenestemottakerne også har skaffet seg opplysninger fra kilder utenfor ansvarsgruppen. Dette var kunnskap som verken den enkelte tjenesteyter eller gruppen som helhet hadde oversikt over. I tillegg var det ikke alltid like klart hva som var målet og strategien for å nå dette. Det var tjenesteyterne som skrev den individuelle planen, men jeg hadde inntrykk av at tjenestemottakerne hadde en egen og mer utfyllende plan i sitt eget hode.

Virkingen av dette var at tjenesteyterne ikke hadde den kunnskapen tjenestemottakeren hadde. Tjenestemottakerne brukte derfor ansvarsgruppemøtene til å ”bestille” tiltak fra tjenestene. Paradokset i denne situasjonen er at det er manglende samarbeid mellom tjenesteyterne som skaper maktgrunnlaget for tjenestemottakeren.

Jeg mener denne oppsummeringen kan illustreres i følgende figur:

<p><b>Brukerperspektiv</b>  <i>tjenesteyter makt ↔ tjenestemottaker maktesløs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltakene i den individuelle planen begrunnes ut fra logic of appropriateness -</li> <li>• Lite reell brukerinnflytelse –</li> <li>• Enkelte tiltak kan utformes med utg.pkt i individuell tilpasning</li> </ul>	<p><b>Brukerinnflytelse</b>  <i>tjenesteyter makt ↔ tjenestemottaker makt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltakene i den individuelle planen er et resultat av forhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker</li> <li>• Stor grad av brukerinnflytelse</li> <li>• Tiltakene begrenses likevel av tiltakspanoramaet</li> </ul>
<p><b>Brukerdeltakelse</b>  <i>tjenesteyter maktesløs ↔ tjenestemottaker maktesløs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltakene i den individuelle planen begrunnes ut fra regler eller standarder</li> <li>• Verken tjenesteyter eller tjenestemottaker har innflytelse på tiltakene</li> <li>• Liten grad av individuell tilpasning</li> </ul>	<p><b>Brukerstyring</b>  <i>tjenesteyter maktesløs ↔ tjenestemottaker makt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltakene i den individuelle planen bygger i stor grad på bestilling fra tjenestemottaker</li> <li>• Stor grad av brukerinnflytelse</li> <li>• Tiltakene begrenses likevel av tiltakspanoramaet</li> </ul>

Figur 6:3- Ulike former for brukermedvirkning

## 6.10 En ny profesjonell rolle?

Jeg har foran pekt på at en av begrunnelsene for å etablere en ordning med individuelle planer var en kritikk av profesjonene og den profesjonelle rollen. Spørsmålet nå er da om den profesjonelle rollen er endret som følge av individuelle planer. Det er i min undersøkelse ikke noen sammenligning av situasjonen før og nå. Jeg skal derfor være forsiktig med å trekke noen bastante konklusjoner om hvorvidt individuelle planer endrer den profesjonelle rollen. Det ser likevel ut som om mitt materiale bekrefter noen utviklingstrekk som allerede andre har registrert. Slik sett mener jeg at det er grunnlag for å si at individuelle planer føyer seg inn i rekken av flere endringer som trekker i samme retning. Individuelle planer er bare en av mange faktorer som har styrket fokuset på brukermedvirkning de siste årene. Selv om jeg har registrert tilfeller av klar paternalisme, mener jeg at mine data i hovedsak viser et sterkt engasjement blant de ansatte om å ivareta tjenestemottakernes rettigheter og å respektere deres egne ønsker. I denne sammenhengen skal jeg se litt nærmere på noen av de utviklingstrekkene jeg mener å registrere.

Jeg vil først trekke frem et poeng som åpenbart har sammenheng med innføring av individuelle planer. En del av koordinatorene har åpenbart utviklet koordinatorrollen slik at de nå fremstår som en advokat for tjenestemottakeren. Mange tjenesteytere har først og fremst hatt rollen som *portvoktere*, det vil si at de har hatt som oppgave å begrense adgangen til velferdsstatens ytelser. Allmennlegene har hatt en særlig viktig portvokterrolle der de både har regulert adgangen til spesialisthelsetjenester og til økonomiske goder som sykepenger. Evalueringen av fastlegereformen viser at rollen som portvokter også er blitt svekket for denne gruppen, mens rollen som advokat er styrket (Sandvik 2005:306).

Det er derfor ikke noe unikt i at også koordinatorene styrker sin *advokatfunksjon*. Jeg mener likevel at det er tydelig både i mitt materiale og i de beskrivelsene som (Thommessen, Normann & Sandvin 2003) gir, at koordinatorene ser seg selv i en spesiell rolle overfor den de skal være koordinator for. Slik sett tyder det på at det er den individuelle planen og koordinatorrollen som skaper fokuset på advokatfunksjonen. Dette er særlig tydelig i de situasjonene der modellen for eskortetjeneste benyttes. I slike sammenhenger er det tydelig at koordinator ser det som en hovedoppgave å fremme tjenestemottakerens interesser overfor resten av tjenestene. I denne sammenhengen er det nærmest implisitt i modellen at koordinatoren får en slik advokatrolle, men det skjer også

i andre sammenhenger. Dette skyldes etter min mening flere forhold. En viktig årsak er at ansvarsgruppene ikke synes å fungere som team der alle har like stort ansvar. Når de andre deltakerne i ansvarsgruppen bare har fokus på sine egne oppgaver, så er det åpenbart at det bare er koordinatoren som føler seg forpliktet av hele den individuelle planen. Det synes som om dette forsterkes av hvordan tjenestene for psykisk helsearbeid er organisert. Som jeg allerede har vært inne på så er tjenestene for psykisk helsearbeid organisert i forhold til tjenestemottakerne, mens de andre tjenestene er organisert i forhold til oppgaver. Også dette medvirker til at koordinatorene er opptatt av å være advokater for tjenestemottakerne. En virkning av de individuelle planene er dermed at tjenestemottakerne i mer eller mindre grad, har fått sin egen advokat innad i tjenestesektoren.

Jeg har foran beskrevet hvordan manglende samarbeid mellom de ansatte medfører at det ikke synes som om man utnytter den det potensialet som finnes i felles analyser. Min forventning var at man gjennom felles diskusjoner skulle kunne utnytte ulik faglig bakgrunn til en omfattende kompetansedatabase. Dette er en mulighet som jeg ikke har sett at er blitt utnyttet i mitt materiale. Jeg har som sagt ikke innsikt i hva som har skjedd i den direkte kontakten mellom tjenestemottakeren og hver enkelt av tjenesteyterne. Det betyr at jeg ikke vet hvorvidt tjenestemottakeren har kunnet foreta en analyse i samhandling med en eller flere tjenesteytere, av hvilke muligheter tjenestemottakeren sine ressurser og behov gir for å realisere ulike mål. Sannsynligvis er det ikke noen av de aktuelle yrkesgruppene som har spesifikk kompetanse på å gi råd i så måte. Det er derfor kanskje ikke overraskende at det synes som om tjenesteyterne legger til grunn de ønsker som tjenestemottakeren uttrykker. Dersom tjenestemottakeren har klare mål og også bestemte meninger om hvordan disse målene skal nås, virker det nå som om mange tjenesteytere aksepterer disse føringene. Selv om jeg er for brukermedvirkning, ser jeg en fare i en utvikling der tjenesteyterne ikke bidrar med sin kompetanse i analysen av hvilke tjenester som skal iverksettes. Jeg har foran pekt på at slik jeg oppfatter empowerment begrepet, så innebærer det først og fremst overføring av kunnskap fra tjenesteyterne til tjenestemottakerne. Det er denne kunnskapsoverføringen som gir grunnlag for at tjenestemottakeren skal kunne ta en kvalifisert avgjørelse. Dersom man bare overfører beslutningsmyndigheten fra tjenesteyteren til tjenestemottakeren, så er det fare for at det kan få et preg av ansvarsfraskrivelse fra de ansattes side. Poenget mitt er at tjenesteyterne forventes å ha en *faglig*

*kompetanse som hvis de deler den med tjenestemottakerne, gir tjenestemottakerne et bedre grunnlag for å delta i beslutningene om innholdet i den individuelle planen.*

Etter min mening er det derfor et problem både for den profesjonelle og for tjenestemottakeren dersom brukermedvirkning ensidig blir definert som å overlate beslutningene til tjenestemottakeren, altså at vi får den situasjonen som jeg foran har kalt *brukerstyring*. Mitt materiale viser likevel at dersom man har en tjenestemottaker med klare mål og muligheter til selv å finne ut hvordan disse målene kan nås, så kan denne tjenestemottakeren bruke arbeidet med den individuelle planen til å styre tjenestetilbudet i den retningen vedkommende ønsker. Dette gjelder særlig på slike overordnede plan knyttet til hva man vil oppnå med livet (for eksempel utdanning, bolig, familie og nettverk) der tjenesteyterne strengt tatt ikke har noen særskilt kompetanse til å gjøre valg på tjenestemottakerens vegne. En del av sykdomsbildet ved psykiske lidelser er at noen av tjenestemottakerne vil kunne ha vansker med å ta ”rasjonelle” beslutninger (Kringlen 1997:78-85). Dette er bare en side av problemet ved å overlate alle beslutninger til tjenestemottakerne. Et sentralt kjennetegn ved psykisk helsearbeid er, som pekt på foran, at sektoren kjennetegnes av uklare sammenhenger mellom årsaker og virkninger, og mange ulike faglige tilnærminger. Det er derfor vanskelig for enhver tjenestemottaker å få oversikt over ulike alternativer og virkningene av disse. Mulighetene for å gjøre ”rasjonelle” valg er dermed nokså begrenset, dersom man ikke får hjelp til å belyse de ulike alternativene. Tjenesteyterne har dermed i denne sektoren en spesielt viktig rolle som veiledere overfor tjenestemottakerne. Slik veiledning kan gjerne skje i fellesskap slik at tjenestemottakeren kan få informasjon om de ulike tilnærminger som tjenesteyterne representerer.

## **7 HELHETLIG TILBUD OG TVERRFAGLIG SAMARBEID**

De fleste av tjenestemottakerne har behov for ytelser fra flere kommunale tjenester, i tillegg har noen også behov for ytelser fra statlige tjenester, som a-etat og trygdeetat. Deler av tjenestene for psykisk helsearbeid er også oppdelte. Det betyr igjen at hver enkelt tjeneste og hver enkelt ansatt bare har et avgrenset ansvarsområde. En av målsettingene med de individuelle planene er å få disse avgrensede tjenestetilbudene til å fungere som en helhet. Et helhetlig tilbud vil si at tjenestene henger sammen slik at tjenestemottakerne får både nødvendig bredde i tjenestetilbudet (man får dekket alle sine behov) og at det henger sammen over tid slik at det ikke oppstår perioder der tjenestemottakeren ikke har et adekvat tilbud. Et slikt helhetlig tilbud krever samarbeid mellom tjenester og personer. I dette kapitlet skal jeg derfor se nærmere på helhet og tverrfaglig samarbeid.

Helhetlige tjenestetilbud handler om å sikre et samarbeid etter tre dimensjoner. Den første dimensjonen er samarbeid mellom spesialisttjenestene og primær tjenester. Tjenestemottakerne kan i dag motta tjenester fra begge. Spesialisttjenestene ytes i hovedsak av helseforetakene, mens primærtjenestene vanligvis er kommunenes ansvarsområde. En samarbeidsdimensjon knytter seg til å se de tjenestene som ytes av spesialisttjenestene og av primærtjenestene i en sammenheng. Målsettingen er å få et tilbud der spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene samarbeider og utfyller hverandre. Slikt samarbeid kan for eksempel være et samarbeid mellom Distriktpsykiatriske sentre (DPS) og de kommunale tjenestene. En annen dimensjon handler om å få til et samarbeid innen det samme nivået. Det betyr at ulike tjenester knyttes sammen på samme nivå, enten dette er spesialisttjenester eller primærtjenester. Dette kan for eksempel være samarbeid mellom helseforetakets rustjeneste og tjeneste for psykisk helsearbeid, eller det kan være snakk om å samordne de ulike kommunale tjenestetilbudene. Den siste dimensjonen handler om hvordan de ulike tjenestene knyttes sammen over tid. Målsettingen er å få til et tjenestetilbud som henger sammen og der det ikke blir mangler i tjenestetilbudet fordi ansvaret for de ulike tiltakene går fra en tjeneste til en annen. En typisk problemstilling er at det er etablert et tilbud til

tjenestemottakeren i det øyeblikket vedkommende for eksempel blir skrevet ut fra en institusjon. En slik overgang handler både om å forberede det kommunale tjenestetilbudet og om å forberede den enkelte tjenestemottaker.

Hvis vi først ser nærmere på den siste dimensjonen så har vi allerede en del eksempler fra andre sektorer. Gautun & al. (2001) har sett nærmere på samarbeidet mellom kommuner og sykehus i forhold til eldre pasienter. Det er særlig overgangen fra inneliggende pasient i et sykehus til tjenestemottaker i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten de analyserer. Denne undersøkelsen er gjort før ordningen med individuell plan ble etablert og gjelder et annet diagnoseområde enn det jeg fokuserer på. Resultatene fra undersøkelsen (kap 6) synes likevel å knytte seg til generelle utfordringer for helsesektoren og sammenfaller for en stor del med beskrivelsene i St.meld. 27 (1996-97). En viktig konklusjon i denne undersøkelsen er at det store problemet for primærtjenestene er at ressursituasjonen er så presset at de har vanskelig for å ta imot nye tjenestemottakere. Dette problemet forsterkes av at primærtjenestene blir informert om utskriving og tjenestemottakerens behov så sent at disse tjenestene får for lite tid på seg til å planlegge og å tilrettelegge et tjenestetilbud. En forklaring på dette, er at sykehusene hele tiden har et press for å ta imot nye pasienter, og at de derfor er nødt til å skrive ut pasienter før de hadde tenkt de skulle gjøre det. En annen konklusjon i denne undersøkelsen er at samarbeidet mellom de to nivåene er vanskelig, blant annet fordi ansvars- og oppgavefordelingen er uklar og at man i tillegg sliter med et generelt dårlig samarbeidsklima.

Min undersøkelse er rettet mot arbeidet i kommunene. Det betyr at jeg har begrenset innsikt i hvordan tilbudet er, og hvordan samarbeidet organiseres i forhold til spesialisttjenestene. De beskrivelsene jeg har, knytter seg til de kommunalt ansattes opplevelser av samarbeidet. Men de uttalelsene jeg har fått tyder på at dette er en aktuell problemstilling også i psykisk helsearbeid. En av informantene kom med følgende uttalelse:

Noen avdelinger i spesialisttjenestene er elendige til å samarbeide. De ringer gjerne en fredag og sier at ”ja nå skriver vi ut den og den”. Jeg sagt mange ganger at vi er ingen akuttjeneste. Andre poster har vi et veldig godt samarbeid med, men det er klart at for akuttavdelinger er det ikke så enkelt, for der skal pasientene fort ut igjen.

Vi kan tenke oss at en individuell plan kan være et middel til å motvirke denne problemstillingen, men en annen uttalelse viser at dette ikke er så enkelt:

Informant

Ja, i forhold til å starte det med en individuell plan. Jeg synes at for eksempel en klient som var skrevet ut fra en sykehusavdeling, da var det ikke startet IP og hvorfor ikke? Jeg har stilt meg spørsmålet fordi jeg synes det hadde vært naturlig når klienten har vært der så lenge. Og denne klienten ønsket ikke en uføretrygd, men ønsker da å komme inn under a-etat og det er søkt yrkesrettet attføring, og alt er på en måte i gang, men det tar så lang tid, for det er ikke gitt navn på dem som skal inn i saken.

Spørsmål

Og likevel er det ikke en individuell plan?

Informant

Det ble spurt om vi skulle starte når han var utskrevet fra posten.

Spørsmål

Hvem spurte?

Informant

Posten

I dette tilfellet ser altså spesialisttjenesten behovet for en individuell plan, men venter med å ta initiativ til de kan overføre ansvaret til kommunen. Dette betyr jo at den individuelle planen ikke blir et middel til å skape et helhetlig tilbud mellom spesialisttjenesten og det kommunale tilbudet. En annen informant er også inne på det samme:

Jeg har opplevd at personer som er blitt innlagt er kommet ut fra institusjon med en påbegynt individuell plan, der det har vært skissert mål og tiltak som vi ikke har muligheter til å realisere...det har jeg opplevd nok av ganger.



Også her ser vi et eksempel på at spesialisttjenesten har satt i gang arbeidet med en individuell plan, uten at det har skapt en situasjon der man har styrket det helhetlige tilbudet mellom spesialisttjenesten og kommunen. I dette tilfellet synes den individuelle planen i større grad å ha preg av å være en bestilling til kommunen enn et samarbeidsdokument om et felles tilbud.

Likevel er ikke erfaringene entydig negative. En av informantene mine forteller følgende historie:

I det ene tilfellet ..... var utskrivningen fra institusjon forberedt i nesten et halvt år. Da samarbeidet vi og snakket sammen ....og fikk frem hva de forventet og hva vi kunne imøtekomme. Da var det også påbegynt en individuell plan som jeg har bearbeidet videre. Dette var et spesielt tilfelle fordi vedkommende var så lenge inne – det er så sjelden noen er innlagt så lenge. Mange ganger så blir folk akuttinnlagt, men så kommer de raskt ut igjen. Da får vi ikke tid til å planlegge.

Denne historien er spesiell. Delvis handler det om en person som er innlagt så lenge at det er tid til å lage en individuell plan. I tillegg er dette en person som det er tvangsvedtak på. Han var selv ikke interessert i å delta aktivt i forhold til hvilket tjenestetilbud som skulle utformes. Slik jeg oppfattet det, så foregikk samarbeidet mellom spesialisttjenesten og kommunen, uten at vedkommende tjenestemottaker selv deltok. De to tjenestenivåene kunne dermed samarbeide uten å måtte forholde seg til hva tjenestemottakeren selv mente og de kunne for eksempel diskutere vedkommendes psykiske tilstand uten at vedkommende selv overhørte diskusjonen. Dette siste er et tema som jeg skal komme mer tilbake til siden.

Jeg har også observert et annet tilfelle der man åpenbart hadde et veldig godt samarbeid mellom spesialisttjenesten og kommunen. I dette tilfelle ble utskrivningen fra institusjon til et kommunalt tilbud også kombinert med utarbeidelsen av en individuell plan. Likevel satt jeg igjen med et inntrykk av at samarbeidet i dette tilfellet bygget på helt andre faktorer enn den individuelle planen. I dette tilfellet var det tydelig bygget opp en svært god relasjon mellom institusjonens ansatte og de kommunalt ansatte. Samarbeidet i dette tilfellet ble dessuten forenklet av at dette var en person med svært ordnete livsforhold. Vedkommende hadde både god økonomi, bolig og nettverk. I praksis var det

derfor bare snakk om å bygge opp et tjenestetilbud der spesialisttjenesten og de kommunale tjenestene fordelte oppgaver seg imellom.

Dette eksempelet er interessant av to grunner. Først og fremst er det spennende fordi det på mange måter er et ideelt eksempel på hvordan utskrivningen fra institusjon burde foregå. I tillegg var det interessant fordi man her opprettholdt et tjenestetilbud fra spesialisttjenesten også etter at pasienten var utskrevet. Flere av mine informanter peker på at mens det tidligere var lettere å få en person inn på et korttidsopphold for å få til en kortvarig skjerming, så er dette nå vesentlig vanskeligere. I dette konkrete eksempelet klarte man likevel å etablere en ordning der vedkommende tjenestemottaker, i alle fall i en overgangsperiode, skulle kunne få et kortvarig tilbud om institusjonsopphold dersom vedkommende følte at vedkommende trengte dette. Her ble denne avtalen også nedfelt i den individuelle planen, men jeg sitter igjen med inntrykket at denne løsningen også ville blitt skissert selv om det ikke hadde foreligget en individuell plan.

Jeg har nå vist noen eksempler på hvordan det helhetlige tjenestetilbudet utformes mellom spesialisttjenesten og kommunene. Etter min mening ser vi først og fremst et tilbud der man samarbeider i en kjede. I en del nyere dokumenter benyttes ordet behandlingsnettverk i stedet for behandlingsskjede (se for eksempel Rogan 2004:8). Det understrekes at dette er bevisst ordbruk for å synliggjøre at tjenestene ikke skal ytes som et lineært tilbud der de ulike tjenesteyterne løser sine oppgaver og så sender brukeren videre til neste tilbud. Derimot skal tilbudet organiseres i et nettverk slik at tilbudene er et resultat av et samarbeid mellom de ulike aktørene.

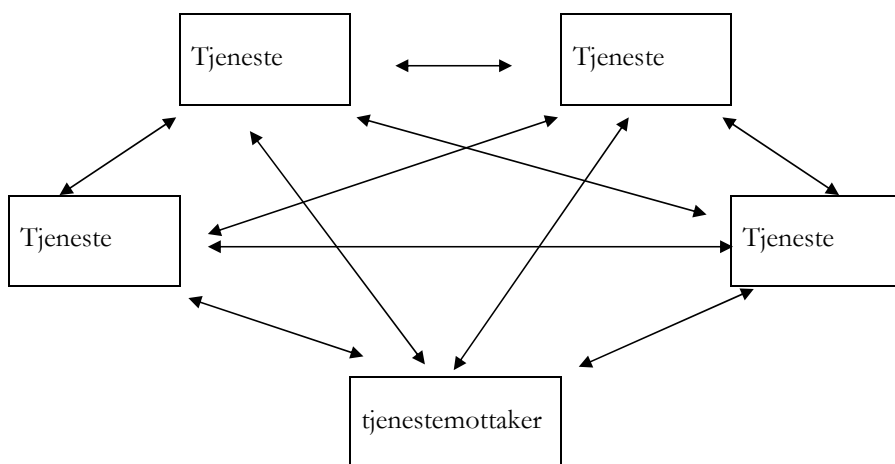
Dette kan vi illustrere i følgende to modeller:



*Figur 7:1- Behandlingskjede*

Denne modellen viser hvordan de ulike tiltakene kommer etter hverandre i tid og at tiltak 1 gjerne er avsluttet før tiltak 2 settes i verk. Utfordringen ved et

slikt samarbeid er først og fremst å sørge for at overgangene mellom de ulike tiltakene foregår på best mulig måte.



Figur 7:2- Behandlingsnettverk

Denne modellen viser hvordan tjenestene samhandler om å lage et helhetlig tilbud der flere tjenester kan bidra med tiltak på samme tid dersom det er behov for dette.

En annen måte å se dette på er å ta utgangspunkt i mer generelle organisasjonsteoretikere. Vi finner da disse modellene igjen i flere sammenhenger. Thompson (1973) kaller dette for *den seriekoblede teknologien* (behandlingsskjede) og *den intensive teknologien* (behandlingsnettverk). Den seriekoblede teknologien finner vi bl.a. ved samlebåndene. Den intensive teknologien mener Thompson finnes på sykehus og i forskningsinstitusjoner. Mintzberg (1979) knytter også former for koordinering sammen med ulike organisasjonsformer. I alt beskriver han 5 forskjellige organisasjonsformer. Det såkalte maskinbyråkratiet der vi finner rutiner og standardisert arbeid, inkluderer også samlebåndsteknologien. Arbeid i nettverk, hvor koordineringen først og fremst skjer ved gjensidig tilpasning, kaller Mintzberg for *adbockratiet*. Mintzberg beskriver også en organisasjonsform som han kaller *profesjonsbyråkratiet*. I denne organisasjonsformen er det standardisering av kompetanse som er grunnlaget for koordinering. En del av de svakheter ved

tjenesten for psykisk helsearbeid som jeg har beskrevet foran, er nettopp kjennetegnene til profesjonsbyråkratiet. På mange måter synes det derfor å være grunnlag for å si at målet med en individuell plan, er å komme vekk fra en situasjon der tjenestene fungerer som profesjonelle byråkratier og over i en situasjon der det er adhokratiet som er idealet. Argumentasjon for dette skal jeg komme nærmere inn på siden. Etter min mening skaper denne utviklingen et annet behov for samarbeid. De eksemplene jeg har skissert foran der det ser ut som man i alle fall spesialisttjenesten først og fremst har tenkt behandlingskjede, er dermed ikke tilfredsstillende løsninger.

De siste årene er grensene mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene blitt mindre og mindre tydelige. Det skyldes delvis at spesialisttjenestene i stadig større grad yter polikliniske tjenester til personer som bor utenfor institusjon og derfor også får tjenester fra kommunene. I tillegg har kompetansenivået i de kommunale tjenestene for psykisk helsearbeid blitt vesentlig styrket de siste årene (Myrvoll & Helgesen 2005). Det betyr at det i en del sammenhenger ikke er en vesentlig forskjell på den kompetansen som møter tjenestemottakeren i spesialisttjenestene og kommunene. En av hensiktene med den individuelle planen er dermed å sikre at det blir et tilbud der det verken er overlapping av de tilbudene som gis, eller at det er områder som ikke dekkes fordi begge nivåene forventer at det andre nivået dekker dette området. Denne problemstillingen beskrives i følgende uttalelse fra en av mine informanter:

Spesialisttjenestene er jo i en organisasjonsendringsperiode. Vi forventer at de skal ha andre tilbud enn det vi har. Og det er vi ikke så veldig sikre på akkurat nå, men vi får se. Fordi at ressursene våre er små og deres er små kan du si, så tenker vi nok sånn at når dem er i deres system at vi kan bli avlasta litt for at vi kan ta andre innimellom før vi igjen får dem tilbake.

De er også begynt å jobbe ambulant og vi vet for lite om det, hvordan de tenker og fungerer på det. Vi ser ikke helt mønstre på det ennå. Noe kan vi se at har begynt å fungere. Andre ting stiller vi spørsmål ved. Det må gå seg til, kanskje.

Det er åpenbart at kommunalt ansatte ikke har klart for seg hvem som gjør hva. En individuell plan kan åpenbart bidra til tydeligere forståelse for hvordan man

kan utnytte ressursene best mulig. Så langt er det fortsatt en god vei å gå før man får til et slikt samarbeid.

Internt i kommunene synes ambisjonene om å få til et samarbeid der man i større grad jobber i et nettverk og tar ansvar for helheten, å være store. I et av intervjuene mine sier en av informantene følgende:

Jeg tror at dersom man jobber systematisk med et sånt arbeid – og jobber systematisk med samarbeid med andre tjenester så tror jeg at det viser seg at det er mange behov hos brukere som tidligere ikke har blitt jobbet aktivt med, sånn at jeg tror at den type jobbing vil føre til en kvalitetsheving i forhold til de brukerne som kommer inn i et slikt opplegg. Og samarbeidende tjenester stiller spørsmål ved andres tjenester – hvorfor har dere ikke vurdert det sånn – brukeren sier jo at han har behov for det og det. ....Men også selve arbeidet – det tar tid det å møtes en fire – fem helse- og sosialarbeidere. Det er ikke bare å få til det.

Mine forventninger var nettopp at samarbeidet om de individuelle planene skulle foregå slik at man hadde åpenhet og diskusjoner om hverandres tjenester. Til tross for at enkelte tjenesteytere også åpenbart hadde slike forventninger, så har jeg ikke registrert at dette skjedde i praksis. Min erfaring er at hver enkelt tjeneste tok ansvar for sin del av tjenestetilbudet, men ikke for noen helhet. Slik man jobbet ut den individuelle planen, uten samarbeid om diagnose- og analysefasen, så ble det ikke åpnet for slike diskusjoner som denne informanten mente ville være bra. Mine observasjoner tyder på at hver enkelt tjeneste hadde sine oppgaver, og alle konsentrerte seg om disse. Også i forhold til helhet hadde jeg forventet at det skulle være en form for samarbeid der man på grunnlag av innsamlete data om tjenestemottakerens mål, ressurser og behov skulle analysere seg frem til hvilke tiltak som skulle iverksettes. Dette samarbeidet har jeg ikke sett noe til. Min oppfatning er at det er tjenesteyternes ansvarsområder som har definert hvilke oppgaver de skulle utføre. Det helhetsperspektivet som jeg hadde forventet at ansvarsgruppen skulle representere i fellesskap, var ikke gjeldende selv om denne helheten ble prøvd beskrevet i den individuelle planen. For en del av de tjenestemottakerne som jeg fulgte utarbeidelsen av den individuelle planen til, var omfanget av tjenester og deltakere gitt gjennom praksis. Den individuelle planen innebar i disse tilfellene i liten grad noen endring i hvilke tjenester som ytes og målsettingen med dem. I praksis hadde

dermed den individuelle planen ikke noen betydning for om tjenestemottakeren fikk et helhetlig tilbud eller ikke.

En særlig utfordring i forhold til utforming av helhetlige tilbud er å få et tilbud som tar utgangspunkt i tjenestemottakerens mål og ressurser og dekker behovene vedkommende har. Jeg har foran vist hvordan kommunene oppfatter det som om spesialisttjenestene ”bestiller” hvilket tjenestetilbud tjenestemottakerne skal ha etter at de er utskrevet fra spesialisttjenestene. Dette kan blant annet skje ved at spesialisttjenesten har opprette en individuell plan på egen hånd, der de har beskrevet det tjenestetilbudet som tjenestemottakeren bør ha etter endt tilbud fra spesialisttjenesten. Jeg har tidligere pekt på at dette er et problem i forhold til de kommunale ressursene. Flere av de uttalelsene som jeg presenterte i forhold til brukermedvirkning og individuell tilpasning, viste at det er hvilke kommunale tilbud som eksisterer og ressursene knyttet til disse som er avgjørende i forhold til omfanget av kommunale tjenester. Det er derfor ikke slik at den enkelte tjenestemottaker får et helhetlig tilbud der man tar utgangspunkt i mål og ressurser og skisserer behovene på dette grunnlaget.

Dette er i stor grad i samsvar med det man finner andre steder. Myrvold (2005) har laget en foreløpig oppsummering av den evalueringen som SINTEF, NIBR og Telemarksforskning har gjennomført av opptrappingsplanen for psykisk helse. Hennes konklusjon er:

Det er også klare forskjeller med hensyn til hvilke typer tjenester som er bygget ut i kommunene. Det er flest brukere av hjemmetjenester, mens få får tilbud om voksenopplæring og bolig. Dette skyldes både forskjeller i etterspørselen etter (dvs. behovet for) tjenestene og forskjeller i tilbudet (behovsdekning). Behovsdekningen er størst for hjemmetjenester, støttekontakt for voksne og støttekontakt blant barn og unge. Det er dårligst behovsdekning for voksenopplæring, arbeid og bolig. (s 6)

Det synes å være en utfordring å få til økt satsing på andre områder enn hjemmebaserte tjenester, for eksempel voksenopplæring, arbeid og bolig. Det kommunale psykiske helsearbeidet har fremdeles et klart tyngdepunkt i det helse- og sosialfaglige. (s 13)

Hennes fremstilling tyder etter min mening på at det er hvilke tjenestetilbud som er tilgjengelige, som avgjør hvilke tiltak som iverksettes. Målsettingen om at det skal være tjenestemottakerens mål, ressurser og behov som bestemmer tiltakene, synes ikke å være realisert så langt. Dette gjelder også dersom vi ser på de livsområdene som ikke nødvendigvis handler om offentlige tjenestetilbud.

Noen få kommuner får til et godt samarbeid med frivillige organisasjoner for å skape et godt og bredt tilbud til mennesker med psykiske problemer. Dette skjer primært i kommuner som har en aktiv dagsentervirksomhet. Her er det markante forskjeller mellom store og små kommuner. Det er særlig småkommunene som ikke har dagsenter, og som ikke samarbeider med frivillige organisasjoner. I studien av arbeids- og fritidstiltak er det få eksempler på at frivillige organisasjoner – som idretts- og kulturorganisasjoner – er på banen når det gjelder fritidstiltak for denne gruppen. (Myrvold 2005:12)

Myrvold tar i denne delen av rapporten utgangspunkt i Flermoen (2005). Fokus både hos Myrvold og Flermoen er de kommunale tilbudene. Det er altså en undersøkelse av hvilke tilbud kommunene har og hvilke tiltak som eksisterer. Det er interessant å legge merke til at samarbeid med frivillige organisasjoner er ikke et resultat av individuelle behov, men av om det er etablert et slikt tilbud på generell basis. Det er tilgjengelige tiltak som styrer tjenestene – ikke de individuelle behovene. Selv om Flermoens data også inkluderer intervjuer med brukerrepresentanter, virker det som om beskrivelsen av manglende tiltak ikke bygger på en vurdering av individuelle mål og behov, men derimot på en forutsetning om at slike tiltak er et generelt behov hos denne gruppen tjenestemottakere.

Ressursituasjonen er en forklaring på at det er vanskelig å skape et tilbud som er helhetlig. En annen forklaring knytter seg til organiseringen av tjenestene. De kommunale og eventuelle statlige tjenestene defineres stort sett i forhold til tjenestenes oppgaver, ikke tjenestemottakernes behov. Kommunene fremstår derfor som i hovedsak funksjonsinndelte linjeorganisasjoner (Myrvoll & Helgesen 2005, Holck 2004). I praksis avgrenses dermed de ulike tjenesteyternes oppgaver etter hva de gjør. Det betyr at man kan tenke seg at det foreligger behov hos tjenestemottakeren som ingen har som oppgave å

dekke. Dersom den individuelle planen hadde fungert etter intensjonene, kunne man motvirket denne oppdelelige organisasjonsformen.

Det er likevel et tydelig unntak fra prinsippet om at de kommunale tjenestene er organiserte som funksjonsinndelte linjeorganisasjoner. I alle de fire kommunene som jeg har samlet inn data fra, er det en kommunal tjeneste for psykisk helsearbeid som først og fremst er organisert i forhold til målgruppen: Mennesker med psykiske lidelser. I praksis synes det da som om disse tjenestene i stor grad foretar en negativ avgrensning av sine oppgaver - de gjør ikke noe av det som andre tjenester har ansvar for å gjøre. Disse tjenestene tar først og fremst utgangspunkt i tjenestemottakerens behov, eller slik de definerer tjenestemottakerens. Det er åpenbart at denne tjenesten har en annen tilnærming til sine tjenestemottakere enn de andre tjenestene. I mine data representerer alle koordinatorene den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid. Kombinasjonen av å være en del av en bestemt tjeneste og å ha en koordinatorrolle oppleves ikke helt uproblematisk:

Det jeg mener er at det å være koordinator, det er en ...praktisk oppgave hvor du går inn som en som står litt mer på utsiden av rollen enn psykiatrisk sykepleier. Hvis du tenker deg en....altså du har en spesiell kontakt med en klient, en oppfølging, et primæransvar. Så skal du også, i tillegg til det, så skal du også være en koordinator en personlig, et personlig ombud på en måte, som gjør at du skal se saken fra utsiden, du skal være en sånn merkantil person på en måte, som styrer og ordner. Det kan skape konflikter, for plutselig skal en sitte på utsiden, så skal du være på innsiden av det å ha den direkte kontakten med klienten..... det er faktisk ikke helt greit hele tiden..... Individuelle planer utløser et arbeid rundt og en rollefordeling som faktisk ikke er godt nok diskutert før dette blir satt i verk. Det fører til at det blir en stor nøling når man tar fatt på hele arbeidet.

Alle mine informanter mener at koordinatorrollen skaper andre forventninger til dem, men de fleste opplever ikke det samme problemet som denne informanten beskriver. Mer representativt for informantene er denne uttalelsen:



### Spørsmål

Er det noen konflikt mellom koordinatorrollen og behandlerrollen?

### Informant

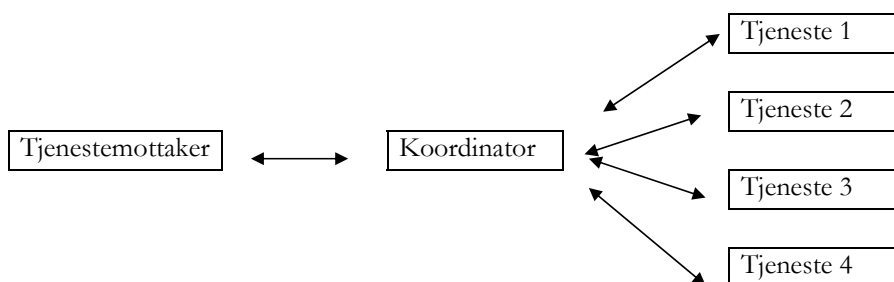
De må gå over i hverandre, det kan ikke være noen konflikt mellom de to oppgavene.

Flere av informantene kommer med tilsvarende uttalelser, selv om de fremhever at koordinatorrollen er spesiell og setter dem overfor nye og ukjente oppgaver. Det synes likevel å være stor grad av enighet om at den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid har et spesielt ansvar for denne brukergruppen. Når det kommer til stykket oppleves det derfor nokså naturlig at det er de ansatte i tjenesten for psykisk helsearbeid som tar ansvar for den individuelle planen. Likevel er det flere som klager over at andre tjenester ikke synes å ta samme ansvar for den individuelle planen og arbeidet rundt den. I praksis betyr dette at koordinatorene har hatt en mye viktigere rolle enn bare det å være sekretær i forhold til utforming av den individuelle planen. Dette er poeng som jeg skal komme mer tilbake til siden.

Til tross for dette er det klart at selv om den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid er beskrevet i forhold til den gitte målgruppen, så er oppgavene til denne tjenesten avgrenset i forhold til de andre oppgaveorganiserte tjenestene i kommunen. I omsorgen for psykisk utviklingshemmede kjenner vi til at kommuner har organisert et mer eller mindre helhetlig tjenestetilbud i en egen tjeneste overfor denne brukergruppen (Moland 1999). En slik løsning kunne man også tenke seg overfor mennesker med psykiske lidelser, men dette er en løsning som strider mot integreringsideologien, og den har derfor ikke vært aktuell. I praksis har det derfor vært to modeller som har vært aktuell i mitt materiale.

Den ene modellen er den som jeg allerede har beskrevet som en *nettverksmodell* der tjenesteyterne tilsynelatende i fellesskap prøver å lage et helhetlig tjenestetilbud. Den andre modellen er det som Rønning (1992:27) kaller *eskortetjenesten* og som jeg har beskrevet som endringsmodellen. Denne modellen bygger på at det er tjenestemottaker og koordinator som i fellesskap utformer et helhetlig tilbud, og så sørger koordinator for at de andre tjenesteyterne følger opp. Koordinatoren overtar på denne måten den rollen tjenestemottakeren

ellers har der vedkommende selv må koordinere de forskjellige tjenestetilbudene. Vi får da denne modellen for utviklingen av den individuelle planen:



*Figur 7:3- Endringsmodellen/Eskortetjenesten*

Denne modellen (som jeg har beskrevet som endringsmodellen foran) har jeg sett fullt ut i bruk bare i ett tilfelle. I dette tilfellet dro både tjenestemottakeren og koordinatoren rundt til flere etater og presenterte tjenestemottakerens behov og prøvde å få avklart hvilke tilbud den aktuelle etateten kunne bidra med. Dette var et forsøk på å få frem ulike tiltak som verken koordinatoren eller tjenestemottakeren var kjent med på forhånd. Denne måten å få frem en individuell plan på beskriver også Thommessen, Normann & Sandvin (2003). Det går også an å tenke seg at de kommunene som har bestiller/utfører-modell, kunne la bestillerenheten være en slik koordinatorene som laget en individuell plan og brukte denne som bestillerdokument. I mine data har dette ikke vært en aktuell problemstilling for de kommunene som har en bestiller-utfører modell, blant annet fordi bestillerenheten bare har kunnet bestille tjenester fra deler av det kommunale tjenestetilbudet. En slik løsning krever likevel at de mål, ressurser og behov tjenestemottakeren har, definerer klart hvilke tiltak som skal iverksettes. Dersom det ikke er åpenbart hvilke tiltak som faktisk bidrar til den aktuelle måloppnåelsen, eller tjenestemottakeren ikke er i stand til å skissere klare mål, så blir det vanskelig å finne ut hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige. I det ene eksempelet der jeg observerte at denne modellen delvis ble brukt, var det en bruker med klare mål. I praksis fungerte disse direkte kontaktene som informasjonssamling i forhold til en individuell plan. Koordinatoren ga selv uttrykk for at disse møtene var lærerike og at hun derfor fikk et bedre grunnlag for å utforme en individuell plan. I dette konkrete

eksempelet ble det etter hvert etablert en ansvarsgruppe. Jeg har foran beskrevet den arbeidsformen denne koordinatoren la opp til som endringsmodellen. Slik jeg oppfattet det, hadde denne koordinatoren et større fokus på hvordan de andre tjenestetilbudene fungerte og tok et større ansvar for å skape et helhetlig tilbud enn de andre koordinatorene.

Dersom man skulle ha tatt denne modellen på fullt alvor, så måtte man ha en situasjon der koordinatoren hadde myndighet til å instruere de andre tjenesteyterne. Koordinatoren kunne da ha utformet en individuell plan som dekket et helhetlig tilbud til tjenestemottakeren. Altså slik bestillerenheten i en bestiller-utfører modell har muligheter til. Problemet er at dette i så fall overlater til koordinatoren alene å gjøre den profesjonelle analysen av hvilke tiltak som bidrar til å ivareta tjenestemottakerens mål, ressurser og behov. Jeg er derfor av den oppfatning at dersom man skal kunne utnytte forskjeller i kunnskap og erfaringsbakgrunn hos tjenesteyterne til et best mulig samlet og helhetlig tjenestetilbud, så må man jobbe i nettverk. Tjenesten for psykisk helsearbeid er derfor avhengig av et samarbeid med de andre tjenestene for å få til et helhetlig tilbud.

Det betyr tjenestetilbudet både i samhandling med spesialisttjenestene og innad i kommunen, bør organiseres som et behandlingsnettverk og ikke som en kjede. Jeg skal derfor se nærmere på samarbeid innen slike nettverk.

## **7.1 Samarbeid**

Min konklusjon så langt er altså at det *helhetlige tilbud forutsetter tverrfaglig og tverretattlig samarbeid*. Jeg skal derfor se litt nærmere på hvordan disse begrepene kan oppfattes.

I Sosial- og helsedepartementets veiledning (Sosial- og helsedepartementet 2001) brukes begrepene koordinering, samordning, tverretattlig samarbeid og tverrfaglig samarbeid. Felles for disse begrepene er at de uttrykker forskjellige former for samhandling mellom individer og/eller etater. Likevel er det ikke slik at begrepene uten videre kan oppfattes som synonymer. Jeg mener at disse fire begrepene befinner seg på to forskjellige nivåer. Det ene nivået er samordning og koordinering. Disse begrepene fremstår i denne sammenhengen som synonymer og jeg vil i det videre ikke skille mellom disse to. Det andre nivået er

samarbeid, både tverrfaglig og tverretatlig. Disse begrepene beskriver samme nivå, men samarbeidet foregår mellom ulike parter.

Knudsen (1993:17-20) skiller mellom begrepene samordning og samarbeid, men peker på at begrepsbruken i internasjonal litteratur er lite konsistent. Jeg skal ikke gå inn på hans nokså omfattende diskusjon her, men bare trekke frem noen poenger som jeg vil benytte som utgangspunkt for den videre diskusjonen. Slik jeg oppfatter begrepene så handler samordning først og fremst om tilpasning. Det vil si at aktørene enten frivillig eller gjennom ekstern tvang utfører sine oppgaver på en slik måte at de andre aktørene kan løse sine oppgaver på en mest mulig hensiktsmessig måte. Samordning innebærer dermed ikke noen form for ytelse og gienytelse mellom aktørene. Samarbeid bygger derimot på en form for ytelse og motytelse, gjerne i form av utveksling av informasjon og analyser. Samarbeid vil også innebære en form for fordeling av oppgaver mellom aktørene. Samordning kan dermed være en passiv måte å tilpasse seg hverandre. Målet er først og fremst at den enkelte skal kunne gjøre sin jobb uforstyrret fra de andre, men gjerne tilpasset på en slik måte at den kommer på riktig tidspunkt i behandlingen. Samarbeid oppfatter jeg derimot som en mer forpliktende samhandling der man aktivt prøver å få frem et felles tilbud og der aktørene tar ansvar for å tilpasse seg hverandre.

Knudsen (1993:38) mener samordning og samarbeid også henger sammen med aktørenes domene. Han hevder at grunnlaget for å få til et samarbeid, er at aktørene har overlappende domener. Det betyr at det er i de situasjonene der de ulike aktørene for eksempel skal betjene den enkelte bruker med flere tilbud samtidig og hvor aktørene oppfatter at de kan utfylle hverandre og utnytte hverandres kompetanse, at man kan få til et fruktbart samarbeid. Et problem som jeg skal komme mer tilbake til er at overlappende domener også kan være et utgangspunkt for profesjonskonflikter (Abbott 1988).

## **7.2 Flerfaglig og tverrfaglig**

Et annet begrepspar som jeg også vil se nærmere på her, er skillet mellom *flerfaglig* og *tverrfaglig* samarbeid. Lauvås og Lauvås (2004:45) skiller mellom begrepene tverrfaglighet og flerfaglighet.

Flerfaglighet blir det når flere fag prøver å belyse samme problem, men hvor det ikke er noen kontakt mellom de forskjellige fagene og deres innfallsvinkler.

Tverrfaglighet innebærer derimot at de ulike faglige perspektivene blir bearbeidet i fellesskap slik at det oppstår en faglig syntese på tvers av eventuelle faggrenser. Flerfaglighet kan derfor fungere uten tverrfaglighet, mens tverrfaglighet forutsetter flerfaglighet. Flerfaglighet blir det dermed når flere yrkesgrupper jobber sammen om samme bruker/pasient, men vurderer og velger tiltak hver for seg. Tverrfaglighet blir det først når personer med ulik fagbakgrunn jobber sammen om å vurdere brukerens situasjon og å anbefale tiltak.

Dette innebærer ikke at det nødvendigvis er tverrfaglighet fordi om flere yrkesgrupper retter sine tiltak inn mot samme bruker. En ansatt i den kommunale helsetjenesten som følger opp med samtaler og utdeling av medisiner til en psykiatrisk bruker, jobber ikke tverrfaglig fordi om det kommunale sosialkontoret også yter tjenester overfor brukeren. Det er først når disse to tjenestene samarbeider om å gi brukeren et felles tilbud at det blir et tverrfaglig samarbeid. I praksis vil dermed samordning kunne bygge på flerfaglighet, mens samarbeid krever tverrfaglighet.

Mitt utgangspunkt var derfor at jeg skulle kunne observere hvordan tjenesteyterne i fellesskap samarbeidet med tjenestemottakeren om å utforme mål, og beskrive ressurser og behov. Til min overraskelse har jeg ikke observert slike prosesser. Jeg har foran trukket frem et eksempel på at man i kommunen opplevde det vanskelig at spesialisttjenesten definerte tjenestemottakerens behov. I andre sammenhenger er det eksempler på at spesialisttjenestene ikke ønsker å delta i slike prosesser og følgende beskrivelse opplever jeg som minst like vanlig som det at spesialisttjenestene styrer:

.....mye av behandlingen innenfor psykiatri bør være å få frem ressurser, kartlegge ressurser, kartlegge det optimale nivå som det den pasienten kan komme på når han er på sykehus og hva en skal jobbe for etter utskrivelse. De målene der mener jeg bør være sykehusets oppgave i forhold til individuell plan. Det å hjelpe brukeren og kommunehelsetjenesten å sette riktige mål på hvordan en tilnærmings skal være, sånn at brukeren eventuelt kan slippe å komme i en krise som fører til en sykehusinnleggelse senere. Det vi da har opplevd i dette arbeidet er at sykehuset definerer sine oppgaver i forhold til individuelle planer annerledes og sier at det er kommunen, i og med at det er der brukeren bor, som skal ha ansvaret for å utarbeide en individuell plan.

Og da mener jeg at vi ekskluderer mye ressurser i spesialisthelsetjenesten som skal hjelpe oss i forhold til mulighetene for å gjøre døgnobservasjoner og i forhold til å se en pasient over tid og få dette her ned i målsettinger....

En annen informant sier mye av det samme:

Kartleggingskompetanse sitter både i kommune og spesialisttjeneste. Ansvaret for psykiatrisk diagnose og kartlegging knyttet til denne, må spesialisttjenesten ta seg av. Den totale kartleggingen av tjenestemottakerens livssituasjon og funksjonsnivå må jo skje hjemme. Mens vedkommende er innlagt, kan jo vi med vår lokalkunnskap være med å kartlegge, både i forhold til de tilbudene vedkommende har og i forhold til tilbud som vedkommende trenger etter innleggelsen. En total kartlegging bør derfor foregå som et tett samarbeid. ....

Disse uttalelsene viser delvis hvordan man faktisk ser behovet for et samarbeid i diagnosefasen, men at det i alle fall i forhold til spesialisttjenestene er vanskelig å få det til. På mange måter beskriver disse uttalelsene det som er mitt utgangspunkt. Dersom en diagnosefase skal fungere etter intensjonene, så må man utnytte den muligheten som ligger at de ulike tjenestene har ulik kompetanse og erfaring med tjenestemottakeren. Det at hver tjeneste representerer ulike "bilder" av tjenestemottakeren, skal sammen med tjenestemottakernes egen beskrivelse av mål, ressurser og behov gi et mest mulig helhetlig bilde som utgangspunkt for de vurderinger som skal gjøres. Ett av de sentrale poengene med den individuelle planen er at alle tiltakene som tilbys, skal bygge på den samme beskrivelsen av mål, ressurser og behov. Dersom man ikke har slik felles forståelse av grunnlaget for tjenestetilbudet, vil poenget med den individuelle planen falle bort. En av mine informanter skisserer hvordan dette blir et problem:

Psykologen mente at i løpet av et halvt år skulle denne tjenestemottakeren være ute i jobb, det oppfattet jeg som helt urealistisk. Vi hadde et forslag om at hun skulle søke om uføretrygd, det betyr jo ikke at du må stå på slik trygd resten av livet. Men hennes økonomiske situasjon var veldig dårlig, så det at hun fikk uføretrygd ville på en måte løse det problemet for en periode, slik at hun kunne konsentrere seg om

andre ting så lenge. Det ble sånn til slutt, men det tok litt tid. Det tok et år, i hvert fall.

Vi ser her at uenighet om hva som er realistiske mål for tjenestemottakeren gjør det vanskelig å komme frem til hvilken strategi som er hensiktsmessig.

Det er altså ikke gitt at alle tjenesteyterne oppfatter tjenestemottakerens situasjon likt. Ejrnæs (2004) har gjennomført en spørreundersøkelse om hvordan ulike yrkesgrupper forholder seg til konkrete problemstillinger i sosialt arbeid med utsatte barn. Undersøkelsen er gjennomført på den måten at han har presentert noen historier som beskriver situasjoner der det kan være aktuelt for tjenesteyterne å gjøre noe. Undersøkelsen viser at det kan være store forskjeller mellom de ulike yrkesgruppene på hvordan man skal handle i de ulike situasjonene som er beskrevet. Enda mer interessant er det at det også innen de aktuelle yrkesgruppene er uenighet om hvordan man skal handle. Det er også viktig å trekke frem at tjenesteyterne faktisk ikke er klar over at de er uenige. De ansatte som deltok i denne undersøkelsen forventer i stor grad at andre ansatte oppfatter situasjonen på samme måte som de selv og at de ville gjort de samme valgene. Samtidig synes det å være en stor grad av konfliktskyhet slik at tjenesteyterne ikke er klar over hvor omfattende uenigheten om sentrale spørsmål er.

Min vurdering er at denne undersøkelsen viser at det innenfor sektoren sosialt arbeid med barn ikke er entydige faglige vurderinger av hva som er "riktige" løsninger. Sosialt arbeid med barn har det til felles med psykisk helsearbeid at det ikke er entydige årsak-virkning sammenhenger. Ejrnæs viser etter min mening at selv om tjenesteyterne har en felles beskrivelse av situasjonen, er det ikke gitt at aktuelle problemstillinger i diagnosefasen oppfattes likt, det er ikke sikkert at man kommer ut med samme vurderinger i analysefasen og det er ikke gitt at man velger de samme tiltakene. Også Abbott (1988: 40-44) peker på noe av det samme, at oppfatning av hva som er problemstillingen vil være en individuell prosess. Denne oppfatningen blir delvis bekreftet eller avkreftet ved at tjenesteyteren samler inn tilleggsopplysninger. I Ejrnæs undersøkelse hadde ikke deltakerne anledning til å samle inn slike tilleggsopplysninger, men slike tilleggsopplysninger kan like gjerne bidra til økte forskjeller i oppfatningen av problemstillingene som det motsatte. Ejrnæs (2004:213) er tydelig på at tjenesteyterne må klargjøre sine holdninger og at man må forholde seg til de uenighetene som finnes. I forhold til handleplansarbeid (dansk versjon av

individuelle planer) konkluderer han med at man må velge en felles strategi og at de som er uenige i denne, likevel må følge den.

De påstander som Scheurer (2003:175) refererer om at kvalitetssikring i psykisk helsearbeid oppnås gjennom å etablere tverrfaglig samarbeid om alle de tre fasene i den profesjonelle prosessen, kan også trekkes inn i denne sammenhengen. Tverrfaglig samarbeid om diagnose-, analyse- og tiltaksfase er et viktig element i å skape kvalitet i tjenestene. Dersom tjenesteyterne ikke samarbeider om alle fasene, er det fare for at tjenesteyterne kan ta utgangspunkt i helt forskjellige oppfatninger av hva som er realistiske mål, hva som er tjenestemottakerens ressurser og hvilke behov som foreligger. Flere av historiene foran viser at slik uenighet åpenbart oppstår og at den i noen tilfeller kommer frem til overflaten. I så fall kan den diskuteres. Det er når slik uenighet ikke blir synliggjort at den blir problematisk. Da kan tjenesteyterne utforme sine tiltak på grunnlag av ulike problemstillinger og vurderinger.

Tverrfaglig samarbeid er altså ut fra dette avhengig av at deltakerne har en tydelig kommunikasjon seg imellom, knyttet til hvordan tjenestetilbudet skal utformes. San Martin-Rodriguez & al (2005:133) går så langt at de hevder at "Collaboration in health care teams is the process by which interdependent professionals are structuring a collective action towards patients' care needs. This collaborative process ..... necessarily implies negotiation.". Målet med den individuelle planen er nettopp at man skal etablere en slik felles aktivitet i forhold til tjenestemottakeren. Dette krever i følge disse forfatterne forhandlinger. I mine eksempler har det ikke vært slike forhandlinger, man har faktisk ikke hatt noen reelle diskusjoner om selve formuleringene i den individuelle planen.

Riktignok sier Berge & Lorentsen (2003:26) at "Målavklaring er derfor i utgangspunktet en prosess for bruker og koordinator, ikke for tverrfaglige grupper..." Slik Berge & Lorentsen (2003) synes å tenke seg den individuelle planen, er det tjenestemottakeren og koordinatoren som skal legge føringer for de andre tjenestene. Selv om jeg mener at dette er en løsning som ikke nyttiggjør seg den kompetansen som alle tjenesteyterne i fellesskap utgjør, så ser jeg at dette er en aktuell måte å bruke den individuelle planen på. Konsekvensen av en slik tilnærming må i så fall være at de tjenesteyterne som ikke er koordinatører, legger formuleringene i den individuelle planen til grunn



for sin tjenesteutøvelse. Heller ikke dette har jeg sett noe til. Derimot forteller to av mine informanter:

..... De andre tjenestene tar ikke ansvar – tar for eksempel ikke med kopi av planene på ansvarsgruppemøtene..

Jeg tok engang med den individuelle planen i forbindelse med at en av våre brukere hadde en innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Da følte jeg meg nesten dum fordi jeg hadde tatt den med – så neste gang tok jeg den ikke med. Fordi det ble ikke fokus på det i det hele tatt.

Dette stemmer med mine observasjoner. Dersom de andre tjenesteyterne hadde en kopi av den individuelle planen, så var det fordi koordinatoren delte ut en kopi i møtet. I de samtalene som foregikk i ansvarsgruppemøtene registrerte jeg heller ikke at noen andre enn koordinatorene viste til den individuelle planen. I praksis synes derfor ikke den individuelle planen å ha noen reell innflytelse på det som skjedde i ansvarsgruppemøtene. Jeg skal imidlertid komme tilbake til at omvendt hadde det som skjedde i ansvarsgruppemøtene innflytelse på hvordan den individuelle planen ble utformet.

Min vurdering av det som skjedde på ansvarsgruppemøtene er at det ikke foregikk noen form for tverrfaglig samarbeid på disse møtene. Man hadde ingen diskusjoner om mål, ressurser og behov for tjenester. Mange av brukerne er usikre på sin egen situasjon. Dette gjelder trolig særlig i psykisk helsearbeid. Hva er realistiske mål, hvilke strategier er hensiktsmessig for å nå et slikt mål og hvilke tjenester kan hjelpe til for å realisere disse målene er spørsmål som brukeren gjerne trenger hjelp til å finne svarene på. I denne prosessen forutsetter jeg at det finnes flere mer eller mindre gode svar og at tjenesteytere med ulik fagbakgrunn kan gi forskjellige svar. Dette skyldes blant annet det jeg foran har sagt om at behandlingspanoramaet er med på å begrense den enkeltes datasamling, så vel som løsningsmuligheter.

Den individuelle planen burde derfor bidra til at kartleggingen (diagnosefasen i modellen) ble utført i samarbeid mellom flere tjenesteytere og brukeren. Det er på denne måten man får frem mål som er bygget både på brukerens egne vurderinger, og råd og veiledning fra alle aktuelle faggrupper. I stedet synes det som om hver enkelt tjenesteyter gjennomførte sin egen kartlegging. Hvordan denne kartleggingen foregikk vet jeg ikke, men jeg har foran trukket frem en

uttalelse hvor en av koordinatorene klager over at standardiserte skjemaer i hjemmetjenesten ikke var tilpasset situasjonen for tjenestemottakere med psykiske lidelser. Dette tyder på at i alle fall noen av tjenestene hadde sine egne og standardiserte kriterier for hvilke data som skulle samles inn og hvilket grunnlag tjenestene skulle ytes på. Jeg skal siden komme tilbake til at det åpenbart skaper et problem dersom noen av tjenestetilbudene ytes på grunnlag av standardiserte kriterier, mens andre ytes på grunnlag av mål, ressurser og behov slik den individuelle planen forutsetter.

Jeg hadde videre ventet at man på bakgrunn av en slik felles kartlegging skulle gjennomføre en analyse for finne ut hvilke tiltak som kunne tenkes å bidra til at målet nås. I slikt arbeid trengs det både teoretisk innsikt og praktisk erfaring. Begge deler er begrensede ressurser. Det vil si at flere personer med ulik utdanning og bakgrunn trolig representerer en større teoriinnsikt og erfaringsbakgrunn enn én person. Jeg forutsetter også at brukerens egen bakgrunn er en viktig ressurs i slik vurdering. Her så jeg for meg at ansvarsgruppen skulle være en viktig arena, der man i fellesskap kunne analysere seg frem til en fornuftig strategi for å nå målene i den individuelle planen. I praksis registrerte jeg ikke noen slike felles analyser. I stedet synes det som om hver enkelt tjenesteyter (ev. i samarbeid med tjenestemottakeren) gjorde egne vurderinger av hva som skulle gjøres. Som jeg har pekt på foran, var det ingen indikasjoner på at en slik analyse bygget på den individuelle planen. Det synes heller som at her har hver enkelt tjenesteyter gjort sine egne vurderinger der vi kan tenke oss at noen tar utgangspunkt i mål som tjenestemottakeren formulerer i direkte kontakt med tjenesteyteren, noen tar utgangspunkt i en diagnose og noen tar utgangspunkt i standardiserte kriterier. Det er det nettopp en slik situasjon den individuelle planen skulle motvirke.

Fokus i ansvarsgruppemøtene var som jeg har pekt på foran, for en stor del rapportering av hva som var gjort. I tillegg ble det også gitt noen beskrivelser av hvilke tiltak som var planlagt iverksatt. De tilbakemeldingene som ble gitt på denne måten, dannet tilsynelatende grunnlag for beskrivelsen av tiltakene i den individuelle planen. Det var altså hver enkelt tjenesteyter som kom og presenterte sitt tjenestetilbud. Man kan da selvfølgelig tenke seg at disse presentasjonene medførte at andre tjenesteytere bygget opp sine tjenestetilbud med utgangspunkt i de som allerede var presentert. Det er ikke noe som tyder på at det var slik det foregikk. I stedet synes det som om beskrivelsene opplevdes som lite informative for de andre tjenesteyterne. En av mine

informanter ga følgende beskrivelse av hvordan vedkommende ble informert om de tiltakene som andre ytet.

Nei, det er ikke så mange tilbakemeldinger. De andre holder på med sitt, og hvis ikke jeg begynner å spørre, så får ikke jeg noen tilbakemeldinger, men jeg får litt gjennom brukeren. Han gir veldig gode tilbakemeldinger selv, så jeg vet hele tiden hva som skjer. Han er veldig åpen og nyttiggjør seg de kontaktene som finnes. Hvis ikke han hadde vært så flink til å så gode tilbakemeldinger, så hadde jeg straks blitt mer usikker på hvordan ting hang sammen.

Selv om ansvarsgruppemøtene for en stor del brukes til å rapportere, så oppleves denne rapporteringen ikke tilfredsstillende. Som jeg har pekt på foran synes det å ha etablert seg en standard der slike ansvarsgruppemøter gjennomføres ca to ganger i året. Det er klart at det blir rimelig begrenset hva slags informasjon man kan utveksle innenfor en slik ramme. I realiteten er det derfor begrenset utbytte man opplever å ha av arbeidet med den individuelle planen. Flere av mine informanter trekker frem den samme oppfatningen av hva som virkelig er fordelen med den individuelle planen.

Spørsmål

Hva er det positive med individuell plan?

Informant

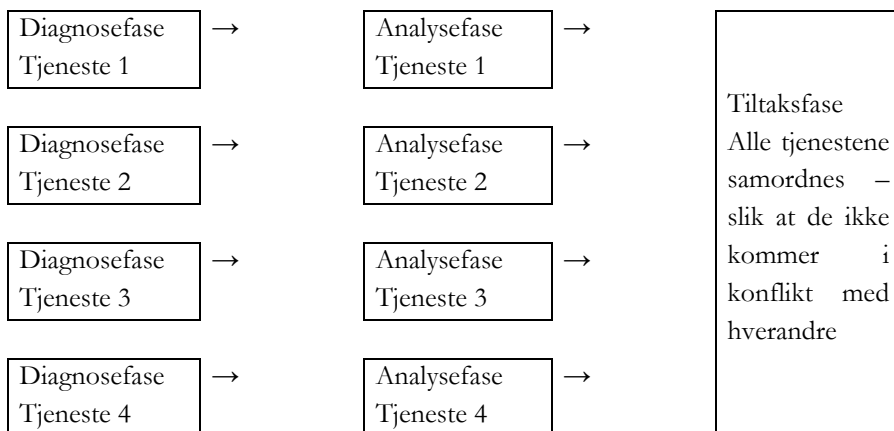
For meg er det positive at jeg vet hvem som er ansvarlig, hvem jeg kan kontakte i forhold til den og den saken.

Dette er et poeng som flere av informantene trekker frem. Mange sitter tilsynelatende igjen med at den viktigste gevinsten ved den individuelle planen er at både de som tjenesteytere og tjenestemottakeren får en oversikt over hvem som bidrar med tjenestetilbud. Dette gir dem da bedre oversikt over hvem de kan henvende seg til dersom det oppstår situasjoner der det er ønskelig med endringer i tjenestetilbudet. Samtidig fungerer ansvarsgruppemøtene slik at koordinatoren også får anledning til å møte de aktuelle personene. Som jeg allerede har vært inne på, så tar koordinatorene tydeligvis et større ansvar for helheten enn de andre tjenesteyterne. Flere av koordinatorene gir tilbakemelding om at når de både har oversikt over hvem de aktuelle personene

er og har truffet dem tidligere, så er det lettere å ta kontakt dersom det er behov for slik kontakt. For koordinatorene er derfor en slik oversikt en klar fordel.

Konklusjonen så langt er likevel at den individuelle planen i liten grad bidrar til økt samarbeid. Tjenesteyterne samarbeider ikke om å kartlegge tjenestemottakerens situasjon. Det ser ut som om hver enkelt tjenesteyter samler inn de data som vedkommende mener er relevant for det tjenestetilbudet denne tjenesteyteren har ansvar for. I noen sammenhenger er det tydelig at slik datasamling er knyttet opp mot nokså standardiserte datasamlingsinstrumenter. På samme måte er det ikke noen felles analyse av hvordan man best kan ivareta tjenestemottakerens mål, ressurser og behov. I stedet ser det ut som om hver enkelt tjenesteyter selv vurderer hvilke tjenestetilbud vedkommende skal tilby. Det samarbeidet man derved får ut av den individuelle planen, er at alle tjenesteyterne får en plass der de kan presentere det tjenestetilbudet de har kommet frem til. I den grad den enkelte opplever at det tilbudet andre yter ikke samsvarer med det man selv yter, har man muligheter til å tilpasse seg de andre. På grunnlag av dette mener jeg å kunne si at de individuelle planene jeg har observert, ikke bygger på tverrfaglig samarbeid.

I mine data er det ikke nettverk og tverrfaglig samarbeid som beskriver utformingen av tjenestetilbudet. I praksis kan organiseringen av hvordan man kommer frem til det totale tjenestetilbudet mer karakteriseres med det som Thompson (1967) kaller den seriekoblede teknologien. Det innebærer at hver enkelt tjeneste hver for seg utformer sitt tjenestetilbud, men at man tilslutt tilpasser tiltakene, slik at de ikke kommer i direkte konflikt med hverandre. Dette kan beskrives med følgende modell:



Figur 7:4- Seriekoblet tjenestetilbud

Alle de jeg har intervjuet har vært svært positive til tverrfaglig samarbeid. Likevel fungerer det ikke slik jeg definerer tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglighet er blitt et honnørord og det er et sterkt press på en del av de ansatte i helse- og sosialsektoren om å bidra til tverrfaglighet (Hansen 1993). Vi kan tenke oss at den positive holdningen til tverrfaglighet er en form for å si de rette tingene, uten at dette får virkning for selve handlingen. Dette er en forklaring som ikke underbygges av mine data. Jeg skal derfor gå videre og se nærmere på flere forklaringer.

Jeg har allerede pekt på at jeg ser Mintzbergs (1979) adhocrati som den ideelle modellen for arbeidet med individuelle planer. Mitt utgangspunkt har vært at individuelle planer skal være et redskap for å motvirke svakhetene ved den byråkratiske organisasjonsformen. Mintzberg har selv pekt på at styrken ved både maskin- og profesjonsbyråkratier er deres evne til å gjennomføre standardiserte programmer. Dette er ikke organisasjonsmodeller som ivaretar problemløsning (Mintzberg 1979:432). Det sentrale kjennetegnet med adhocratiet er: ...”the different specialists must join forces in multidisciplinary teams, each formed around a specific project of innovation.” (Mintzberg 1979:435). Det er nettopp behovet for utvikling av et spesielt tilpasset tjenestetilbud som begrunner behovet for individuelle planer. Denne innovative prosessen bør altså foregå i tverrfaglige team der man i fellesskap utvikler en

helhetlig løsning på de utfordringene man står overfor. Fordi mål, ressurser og behov er klart personlige og varierer fra person til person, bør utviklingsprosessen av en individuell plan nettopp følge denne modellen. Poenget med slikt samarbeid er som Batt & Doellgast (2005:141) sier det: ”to work smarter – not harder or longer”. Riktignok viser forfatterne at det er svært begrenset empirisk dokumentasjon på at arbeid i tverrfaglige grupper virkelig gir slik gevinst. Slik sett er mine data i samsvar med det også andre har funnet.

Jacobsen (1993:108) hevder at samarbeid er kostnadskrevende. I mine data er det også åpenbart at informantene opplever at det koster ressurser å delta i et slikt samarbeid. Det har i tillegg vært en klar oppfatning i snart 100 år at seriekoblete produksjonsprosesser har vært den mest effektive produksjonsformen (Skorstad 1998). De ansatte i helse- og sosialsektoren kommer dermed under et krysspress mellom kravet om økt effektivitet og kostnadsbegrensninger på den ene siden og tverrfaglighet og samarbeid på den andre siden. Det er derfor ikke gitt at kravet om tverrfaglig samarbeid er så lett å oppfylle. En forklaring på at arbeidet med individuelle planer ikke skaper grunnlag for tverrfaglig samarbeid, kan dermed være at det ikke er tilstrekkelige ressurser tilgjengelig til å gjennomføre et slikt samarbeid på en skikkelig måte. Onyett (1998:69) peker bl.a. på at dersom det ikke er tilstrekkelige ressurser tilgjengelig, så vil koordinatoren og ansvarsgruppen i praksis ikke ha noen tjenester å samarbeide om fordi hver enkelt tjenestemottaker da bare får et minimums tilbud uansett. Det kan ikke være tvil om at mine informanter opplever at ressursituasjonen er vanskelig. Likevel er det åpenbart at det innenfor de eksisterende rammene er mulig å utvikle ulike tjenestetilbud. Jeg tror derfor at å skyldes ensidig på ressursituasjonen, er en for enkel forklaring. Som i mange andre sammenhenger er det et sett av faktorer som bidrar til denne situasjonen.

San Martin-Rodriguez & al. (2005) har gått gjennom det de fant av aktuell forskning knyttet til samarbeid. De mener at faktorene som påvirker grad av suksess i samarbeid kan klassifiseres i tre nivåer: Et nivå handler om systemvariabler. I dette inkluderes bl.a. samfunnssystem, kultur, utdanning og profesjoner. Det andre nivået er det organisatoriske systemet som handler bl.a. om struktur, ressurser og administrativ støtte. Det siste nivået er knyttet til samhandlingen innad i samarbeidsgruppen, og inkluderer bl.a. kommunikasjon, tillit og gjensidig respekt.

I forhold til mine data synes det like hensiktsmessig å dele de variablene som påvirker samarbeidet inn i to. Det ene er forklaringer med utgangspunkt i forhold knyttet til prosesser innen gruppen, det andre er forklaringer knyttet til organisering og forhold utenfor ansvarsgruppen. Jeg skal derfor organisere den videre fremstillingen av ulike forklaringer på manglende samarbeid i ansvarsgruppene i to hovedområder, *interne prosesser* og *organisatoriske rammer*. Blant de interne prosessene skal jeg trekke frem manglende målavklaring, jurisdiksjon, ulike faglige tilnærminger og holdninger. Organisatoriske rammer som jeg skal se nærmere på, er ulikt legitimeringsgrunnlag, manglende myndighet og konflikt mellom linje og gruppe.

### **7.2.1 Målavklaring**

Utgangspunktet for effektivt samarbeid i grupper er at gruppemedlemmene vet hvorfor de er der og at de er enige om hva de skal oppnå (se for eksempel Øvretveit 1993, Onyett 1998). I mine data er det ikke eksempler på at man hadde en slik avklaring. I noen få møter forelå det en saksliste, men ingen av disse hadde skissert slike temaer som jeg har etterlyst. Stort sett synes det som om man forutsatte at deltakerne kjente til hva man gjorde i en ansvarsgruppe og at dette var et fast innarbeidet mønster. At så mange av møtene lignet på hverandre, selv om deltakerne var forskjellige, tyder på at det er utviklet en slik form for standardisering av ansvarsgruppemøter. Det ser ut som om slike ansvarsgrupper nettopp gjorde det som Onyett (1998:165) beskriver som den sentrale feilen i tverrfaglig samarbeid: "Part of the problem is a common assumption that teams can be achieved just by bringing certain people together". Alle mine informanter er som sagt positive til tverrfaglig samarbeid. Ansvarsgrupper defineres som tverrfaglig samarbeid, og det er derfor svært vanskelig for tjenesteyterne å si nei til å delta på slike møter. Det er grunn til å frykte at mange møter i slike ansvarsgrupper, uten noen klar forestilling om hvorfor, men fordi det ikke er akseptabelt å være negativ til tverrfaglig samarbeid.

Jeg har foranpekt på at det den individuelle planen i stor grad fremstår som koordinatorens produkt. De andre deltakerne engasjerer seg ikke i utformingen av denne planen. Det betyr at i den grad ansvarsgruppemøtene er til for å lage en felles individuell plan, så opplever ikke de andre deltakerne at dette er en målsetning med å møtes. Samtidig kan en individuell plan som er ferdig, nettopp være det instrumentet som synliggjør felles mål med arbeidet i

ansvarsgruppen. Dette innebærer i så fall at alle deltakerne tar utgangspunkt i planens målformuleringer. Både mine observasjoner og tilbakemeldingene fra informantene viser at de andre deltakerne i ansvarsgruppen ikke forholder seg til den individuelle planen. I den grad den individuelle planen skulle kunne fungere som en målavklaring for å utvikle et helhetlig tjenestetilbud, så nyttiggjøres ikke denne muligheten i mine eksempler.

### ***7.2.2 Jurisdiksjon***

Et viktig poeng med psykisk helsearbeid er at den ikke bare er representert ved flere fag, men at disse fagene også representerer forskjellige profesjoner. Noen av utfordringene i arbeid med individuelle planer er derfor å forstå og forholde seg til profesjonenes atferd. Det finnes mange ulike måter å beskrive en profesjon på. Mange av disse er statiske i den forståelse at profesjonsbegrepet knytter seg til en del nærmere angitte kjennetegn og at de ulike yrkesgruppene i større eller mindre grad arbeider for å oppfylle disse kjennetegnene. Torgersen (1995) viser at svært mange av yrkesgruppene som i dag regnes som profesjonelle, oppfyller de kravene til en profesjon som disse statiske definisjonene setter opp. Riktignok innfører Etzioni (1969) begrepet semiprofesjon på mange av de yrkesgruppene som bare delvis oppfyller kravene til en profesjon. Også denne definisjonen blir så statisk at en yrkesgruppe risikerer å bli profesjon i en sammenheng og semiprofesjon i en annen. I tillegg er definisjonene utformet slik at yrkesgrupper som stort sett rekrutterer menn defineres som profesjoner og yrkesgrupper som i hovedsak rekrutterer kvinner betegnes som semiprofesjoner. Jeg synes derfor begrepet semiprofesjon er lite hensiktsmessig. Derimot har jeg mer sans for en del andre forskere som Freidson (1970/88, 2001) og Abbott (1988). Disse har valgt å knytte profesjonsbegrepet til hva yrkesgruppene gjør og ikke til hva de er.

Særlig Abbott beskriver en profesjon ut fra et fokus på hvordan yrkesgruppen ønsker å kontrollere deler av arbeidsmarkedet ved å knytte sammen adgangen til et bestemt arbeidsmarked, med en gitt kompetanse som bare erverves gjennom en bestemt utdanning. Denne utdanningen gir så grunnlag for en eksklusiv kunnskap som profesjonen igjen bruker som grunnlag for å hevde eksklusiv rett til et visst arbeidsmarked. Denne koblingen mellom utdanning og et bestemt arbeidsmarked kaller Abbott for jurisdiksjon og for Abbott er dette den sentrale koblingen i all profesjonell atferd. Det sentrale i profesjonell atferd er altså, ifølge Abbott, ikke et spørsmål om å oppfylle visse kjennetegn, men



derimot en strategi for å sikre seg en rett (fortrinnsvis en eksklusiv rett) til et bestemt arbeidsmarked.

Dette arbeidsmarkedet kan defineres på forskjellige måter, men en vanlig strategi som jeg mener har stor betydning for arbeidet med individuelle planer, er å definere sitt jurisdiksjonsområde i forhold til en del gitte oppgaver. I Norge ser vi også at yrkesgruppene i stor grad har definert sin utdanning og kompetanse nettopp slik. Blant annet har flere av de rammeplanene som er blitt utformet de siste 20 årene lagt stor vekt på å beskrive hvilke arbeidsoppgaver studentene skal være skikket til å utføre, gjerne i form av konkrete funksjonsbeskrivelser for utdanningen. Det faglige innholdet i utdanningene har derimot for en stor del vært beskrevet med esoteriske fagterminlogier. På denne måten har profesjonene kunnet vise tydelig hva slags oppgaver de behersker, men i liten grad synliggjort det faglige grunnlaget for denne kompetansen.

Konsekvensen av dette er at hvilke tiltak som skal iverksettes i den individuelle planen, dermed delvis er definert av profesjonens jurisdiksjonsområde. Et viktig poeng med et slikt jurisdiksjonsområde er at dette i mange tilfeller knyttes sammen med faglig autonomi og faglig ansvarlighet. Det vil si at det ikke anses akseptabelt at andre, uten den aktuelle profesjonstilknytningen, mener noe om hvordan profesjonsmedlemmene skal utøve sin virksomhet. Det er bare den som har den aktuelle faglige innsikt som kan vurdere hva som er fornuftige tiltak eller ikke. Faglig ansvarlighet innebærer også en lovpålagt plikt for den enkelte til selv å vurdere om aktuelle tiltak er forsvarlige. Det ligger dermed innebygget i forholdet mellom profesjonene at det er vanskelig for andre profesjoner å stille spørsmål ved de vurderingene en profesjon gjør. På mange måter ligger det inne i det profesjonelle systemet at hver enkelt profesjon selv har ansvar for de tre leddene i den profesjonelle prosessen. Ideologien bak den individuelle planen rokker dermed noe ved denne grunnleggende og innarbeidete arbeidsdelingen mellom profesjonene. En arbeidsdeling som det ikke ser ut som om noen er beredt på å utfordre. For å unngå profesjonskonflikter sørger derfor deltakerne for ikke å blande seg inn i andres jurisdiksjonsområder. Det er ikke nødvendigvis enighet om at de tiltakene som settes i verk, er de riktige, som gjør at det ikke blir konflikter. Det kan i like stor grad være en respekt for andres jurisdiksjonsområde, i trygg forvisning om at det gjerne medfører at ikke andre trækker inn på ens eget jurisdiksjonsområde. Slik sett kan manglende samarbeid være uttrykk for en strategi for å unngå profesjonskonflikter.

En gang oppsto det likevel en diskusjon i en av ansvarsgruppene. Denne diskusjonen var det tjenestemottakeren selv om satte i gang. Vedkommende ønsket andre og/eller nye medisiner. Dette avviste legen. Medisinering er en klart legedefinert oppgave. Det er derfor ikke overraskende at ingen andre stilte spørsmål ved legens vurderinger. Jeg registrerte likevel at koordinatoren i dette tilfellet påtok seg rollen som megler. Hun foreslo derfor at medisinen kunne administreres av andre, slik at tjenestemottakeren, som hadde en rusmisbrukerhistorie, ikke fikk anledning til å misbruke medisinen. Slik jeg oppfattet diskusjonen, så var det ikke noen som ønsket å stille spørsmål ved legens faglige vurdering, men man prøvde altså å finne et kompromiss mellom legen og tjenestemottakeren.

Å stille spørsmål ved andres faglige vurderinger blir særlig vanskelig dersom vi har et faglig hierarki. Abbott (1988) peker også på at en viktig form for jurisdiksjon er såkalt underordnet jurisdiksjon. Det betyr at enkelte yrkesgrupper er definert ut fra at de skal ha en hjelpende funksjon overfor andre grupper. Dette er, ifølge Erichsen (1996) særlig vanlig i helsesektoren, der legene er den overordnede gruppen og de fleste andre er underordnet. Atwal & Caldwell (2005) har studert samhandling i tverrfaglige grupper i Storbritannia. Deres konklusjon er at (s 268) sykepleiere og sosialarbeidere deltar mindre i gruppens diskusjoner enn for eksempel legene gjør. De forklarer dette med legenes dominerende posisjon og peker på at sykepleiere og sosialarbeidere for en stor del aksepterer denne dominansen. For den som er koordinator og skal sy sammen de ulike tiltakene til en helhetlig individuell plan, skaper dette en særlig utfordring. I følge Onyett (1998:169) er en sentral utfordring å få de ulike tjenestene til å underordne seg de overordnede mål i den individuelle planen. Han sier det slik: "However, coordinated teams offer a balance of professional autonomy against team management which, if appropriately managed, can be highly advantageous in promoting team identification and innovation." For å få til en slik styring av tjenestetilbudet, så kreves det at den som leder det tverrfaglige samarbeidet har en viss autoritet (Øvretveit 1993:122-123). Koordinatorene i de ansvarsgruppene jeg har observert er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det blir da særlig vanskelig for disse koordinatorene å fremstå med autoritet i forhold til for eksempel leger og psykologer. Det er derfor vanskelig for koordinatorene å ta på seg en tydelig lederrolle slik at de kan påse at deltakerne forplikter seg på ansvarsgruppens mål.

### ***7.2.3 Ulike faglige tilnærminger***

Johannesen (2004:7) peker på at psykiatrifeltet i dag representerer mange og til dels motstridende faglige tilnærminger. På samme måte som manglende samarbeid kan forstås ut fra ønsket om å unngå profesjonskonflikter, kan man også tenke seg at motvilje mot å avsløre faglig uenighet også er en årsak til manglende samarbeid. Ramsdal (1996: 275-281) viser at man i stor grad konsentrerer seg om organisasjonsmodeller i forbindelse med fornyelse og utvikling av tjenesten for psykisk helsearbeid i Østfold. Hans forklaring på dette er at man på denne måten unngår faglige diskusjoner og kan la de enkelte tjenesteyterne fortsette å arbeide i tråd med sin faglige tilnærming uavhengig av hva de andre tjenesteyterne gjør.

Manglende samarbeid om og med utgangspunkt i den individuelle planen kan dermed også trolig forstås med at man på denne måten unngår faglige konflikter. Leger, psykologer og sykepleiere kan arbeide etter sin faglige overbevisning uavhengig av de andre. Hver enkelt tjenesteyter kan med utgangspunkt i sin egen vurdering av situasjonen iverksette de tiltakene vedkommende mener er riktige. Dette betyr to ting: Først og fremst betyr det at man kan tenke seg at det ytes tjenester ut fra ulike faglige ideologier og at man dermed ikke har en felles faglig strategi på tjenestetilbudet. Derne trenger ikke tjenesteyterne å synliggjøre sine vurderinger overfor andre, og man mister da den kvalitetssikringen som en slik diskusjon kunne innebære (Damm-Scheurer 2003).

### ***7.2.4 Holdninger***

Samarbeid bygger blant annet på at deltakerne i gruppen har tillit til hverandre (San Martin-Rodriguez & al. 2005:141). Selv om jeg ikke registrerte noe mistillit mellom deltakerne i de ansvarsgruppemøtene jeg deltok, beskrives ikke situasjonen og forholdet til andre deltakere slik. En av mine informanter fortalte følgende historie:

Jeg har akkurat vært på et kurs inne i Oslo som handler om individuelle planer..... Det var interessant, for da delte man inn gruppene i de som jobbet på sykehjem, somatikk og hjemmesykepleien, og jeg satt i gruppen for rus/ psykiatri hvor det i hovedsak satt folk fra

spesialisthelsetjenesten, som syntes at kommunene ikke gjorde mer enn de skulle. Jeg sa en del om .....at vi ser det fra forskjellige sider. Noen var mer reflektert enn andre og sa noe om at det er ikke slik at vi kan bestemme hva kommunene skal gjøre. Det var en oppgitthet over at kommunene ikke gjorde det de syns de burde gjøre, og de skrev dem ut og samarbeid ble vanskelig å få til. Det var ikke så mange fra kommunene der, men jeg sa noe om at det var mye kompetanse i kommunen, i motsetning til hva det var for noen år siden. Veldig mange av de som jobber som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten har jobbet i spesialisthelsetjenesten. Bare navnet spesialisthelsetjenesten, de blander sammen at da kan de mer på en måte, man får en slik følelse av at i tillegg så har de et veiledningsansvar ovenfor kommunene, og når vi da skal sitte sammen og skrive en individuell plan så kan de jo mer, de er gode på dette, de er spesialister også har de et veilednings ansvar og da står de et annet sted. Men når jeg prøvde å si at de fleste av oss har jobbet i spesialisthelsetjenesten så vi kan jo vi og, og i tillegg til det så kan vi jo forskjellige ting, og det er viktig. Det vi kan, vi som jobber i kommunehelsetjenesten, er det vi kan få til i kommunehelsetjenesten.

Flere av mine informanter hadde tilsvarende beskrivelser. Det var tydelig at de som jobbet i kommunen opplevde at andre ikke hadde tilstrekkelig tillit til deres faglige kompetanse. Samtidig har jeg også flere eksempler på at kommunalt ansatte heller ikke hadde så store tanker om dem som jobbet i spesialisttjenestene, eller i andre kommunale tjenester, som sosialtjenesten. Tillit handler i mine eksempler om flere forhold. I sitatet foran handler det om mistillit til faglig kompetanse. Mistillit knyttet til kompetanse skaper problemer i forhold til samarbeid om en individuell plan. Slik mistillit er det dessuten vanskelig å gjøre noe med. Heldigvis er det ikke denne typen mistillit jeg har registrert oftest. Derimot har jeg møtt flere former for mistillit som man kan motvirke ved hjelp av en individuell plan.

En holdning som jeg har møtt flere ganger, er at de andre ikke kjenner tjenestemottakeren godt nok. De har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan vedkommende fungerer og hvilke ressurser vedkommende har. Dersom man hadde samarbeidet om datasamlingen i diagnosefasen, så ville alle i større grad dele en felles forståelse av funksjonsnivå og ressurser. Dette samarbeidet ville dermed sikre både en felles oppfatning av tjenestemottakeren og en gjensidig innsikt i hva de andre vet om tjenestemottakeren. Det ligger dessuten inne i

systemet med individuelle planer at dersom en av tjenesteyterne oppdager at de data man bygger tjenestetilbudet på endrer seg, eller av andre grunner ikke er riktige, så skal man bidra til at den individuelle planen revideres.

Tjenestetilbudet skal etter den individuelle planen bygge på blant annet tjenestemottakerens mål og behov. Likevel er det flere uttalelser som tyder på at man stiller spørsmål ved intensjonene til andre tjenester. Det er blitt satt frem påstander som at enkelte tiltak tilbys for å løse interne personalproblemer i etaten eller for å kunne forsvare opprettelsen av et tilbud som ellers ikke ville blitt brukt. Dersom alle tjenesteyterne hadde samarbeidet om en analyse for å finne frem til hvilke tiltak som i tråd med den individuelle planen, ivaretar tjenestemottakerens mål, ressurser og behov, burde det ikke være grunnlag for slike påstander. I en prosess der deltakerne i ansvarsgruppen i fellesskap samarbeider om å finne frem til tiltak, så må tiltakene kunne presenteres og begrunnes ut fra en beskrivelse av hvordan mål, ressurser og behov kan ivaretas. Dette innebærer et paradoks der manglende tillit gjør det vanskelig å samarbeide, men der samarbeid med utgangspunkt i arbeid med en individuell plan faktisk kan motvirke denne mistilliten.

### ***7.2.5 Ulik legitimeringsgrunnlag***

Jeg har foran vist at man i forholdet til brukermedvirkning finner alle formene for brukermedvirkning: Brukerperspektiv, brukerdeltakelse, brukerinnflytelse og brukerstyring. Det er ulik legitimering for de ulike gradene av brukermedvirkning. Det skaper også problemer for arbeidet med den individuelle planen. I utgangspunktet er det tjenestemottakerens mål, ressurser og behov som skal styre hvilke tiltak som skal iverksettes. Den situasjonen har vi etter min mening bare i forbindelse med brukerinnflytelse og brukerstyring. Da er de tiltakene som settes i verk et resultat av tjenestemottakerens bestilling eller at man i fellesskap har forhandlet seg frem til en løsning der tjenestemottakeren har hatt reell innflytelse på tjenestetilbudet. I slike situasjoner er det altså forhandlingsresultatet eller bestillingen som legitimerer de tiltakene som settes i verk. Hvilke tiltak som skal iverksettes dersom vi har brukerdeltakelse, er legitimert av regler og standarder. Når det gjelder brukerperspektiv, har jeg foran pekt på at det er ”the logic of appropriatenes” som legitimerer hvilke tiltak som skal benyttes.

I en ansvarsgruppe kan det dermed være deltakere som har ulik legitimasjon for

sine tjenester. Noen deltakere kan for eksempel bygge sin tjenesteyting på regler, de vil da i liten grad forholde seg til mål, ressurser og behov slik de er formulert i den individuelle planen. I stedet vil man stille spørsmål som hvorvidt tjenestemottakeren oppfyller kravene til å få den gitte tjenesten. Hvis man også har deltakere i ansvarsgruppen som bygger sin tjenesteyting på kartleggingen i den individuelle planen, så vil deltakerne i ansvarsgruppen bare i begrenset grad ha felles utgangspunkt i forhold til en analyse av hvilke tiltak som er hensiktsmessig. En individuell plan er et instrument for å bidra til at tjenestetilbudet blir målstyrt. Til nå har en del tjenestetilbud, særlig knyttet til trygde- og a-etat vært klart regelstyrte. I St.meld. nr. 14 "Samordning av aetat, trygdeetat og sosialtjenesten" (særlig kap 9) trekkes det frem at dersom man skal få til et bedre samarbeid, så må tjenestetilbudet i større grad styres av mål og i mindre grad av regler. Individuelle planer trekkes nettopp frem som et middel til å nå et slikt mål. I meldingen pekes det også på at dette innebærer at man må redusere regelstyringen og øke mulighetene for skjønnsutøvelse. Jeg anser dette som en riktig analyse. Så lenge deler av ansvarsgruppen er regelstyrt, blir det vanskelig å samarbeide om å utarbeide en individuell plan. I min datasamling har a-etat og trygdeetat hovedsakelig deltatt i ansvarsgrupper fordi tjenestemottakeren har ønsket utdanning. Fokus i disse sammenhengene har alltid vært hvorvidt tjenestemottakeren oppfyller kravene til en ytelse, ikke om dette er en fornuftig løsning. I praksis vil disse reglene sette rammer for den individuelle planen og for hvilke tiltak disse etatene kan bidra med. Det er altså ikke den individuelle planen som styrer tilbudet til tjenestemottakeren, men i stedet reglene som styrer innholdet i den individuelle planen.

Den samme situasjonen har vi også dersom den individuelle planen skal utarbeides etter at det foreligger vedtak om hvilket tilbud som tjenestemottakeren skal få. De tjenesteyterne som blir styrt av disse vedtakene, kan vanskelig delta i en diskusjon om hvordan mål, ressurser og behov skal imøtekommes. Riktignok kan de be om at vedtakene endres, men dette kan være en slitsom prosess. Dersom kommunene har lagt opp til en "hard" modell i bestiller/utfører-modellen, så er det behov for en nokså omfattende saksbehandling for å få endret et vedtak, men dersom man har valgt en myk modell, så blir dette lettere. Her kunne vi riktignok tenkt oss at man utformet en individuell plan gjennom et samarbeid, og at man så benyttet denne individuelle planen som argument for å få vedtak i tråd med planen. I mine data har jeg aldri sett denne løsningen brukt, men etter min mening ligger det et uutnyttet potensial i å utnytte den individuelle planen slik.

I mine data har man utarbeidet den individuelle planen stort sett etter at det foreligger vedtak om tjenestetilbudet. Det betyr at disse vedtakene, sammen med andre standarder og regler har ligget til grunn for den individuelle planen. I stor grad har deltakerne i ansvarsgruppene lagt disse rammene til grunn for den individuelle planen. Det blir dermed uinteressant å diskutere hvilke tiltak som skal iverksettes med utgangspunkt i mål, ressurser og behov, når det allerede foreligger vedtak om dette.

Jeg har foran presentert en figur (figur 6-3, s 151) med hvordan de ulike formene for brukermedvirkning forholder seg til de individuelle planene. Den viser blant annet at hvis deltakerne i ansvarsgruppen representerer ulike former for brukermedvirkning i forhold til tjenestemottakeren så er grunnlaget for valg av tiltak så forskjellige at samarbeidet blir vanskelig.

### ***7.2.6 Manglende beslutningskompetanse***

Et annet problem som også er registrert i evalueringen av samordningsforsøkene mellom trygdeetat, aetat og sosialtjenesten, er at de tjenesteyterne som deltar i en ansvarsgruppe ikke har kompetanse til å binde sine etater (Møller 2006). Dette kan skape to typer hindringer i samarbeidet: Den ene hindringen er at de tiltakene som blir skissert i et ansvarsgruppemøte, etterpå blir overprøvd av andre. Den andre er at manglende oppfølging av de avtaler som ble gjort i ansvarsgruppene var et stort problem (Holck 2004). Jeg har i min undersøkelse ikke registrert noe slikt. Heller tvert imot, store deler av en del av ansvarsgruppemøtene ble brukt til å beskrive at man hadde gjennomført det som var avtalt. De ansvarsgruppene som Holck har analysert, var ansvarsgrupper rundt barn og ungdom. I disse ansvarsgruppene deltok vanligvis også tjenestemottakernes foreldre. Av ulike grunner som jeg ikke skal komme inn på her, mener jeg det er grunn til å tro at foreldre i slike sammenhenger kan sette tjenesteapparatet overfor et sterkere press enn det en tjenestemottaker med psykisk lidelse vil gjøre.

Holcks (2004) data viser også at man hadde omfattende diskusjoner i ansvarsgruppene, mens det i mine data ikke var slike diskusjoner. Dette tyder på at dersom man ikke har diskusjoner om hvilke tiltak som skal ytes, så unngår man at noen tjenesteytere lover tiltak som de ikke får anledning til å realisere.

Dette blir jo særlig problematisk der man har et klart og formelt skille mellom bestiller og utøver. Hvis det bare er utøvere som deltar i arbeidet med den individuelle planen, vil de ikke kunne forplikte seg lenger enn til at de kan være behjelpelige med å utforme en søknad. Det er da ikke utenkelig at den enkleste løsningen for hver enkelt tjenesteyter, er å la være å delta i diskusjoner om hvilke tiltak som bør iverksettes. Dersom det er en bestiller eller den som deltar i ansvarsgruppen som har myndighet til å bestemme hvilke tjenester som kan ytes, blir situasjonen annerledes. Dette reiser egentlig spørsmålet om hvem som bør delta i arbeidet med den individuelle planen; bør de som sitter med beslutningsmyndighet også delta i slike ansvarsgrupper, i alle fall til det er utarbeidet en individuell plan?

### ***7.2.7 Konflikt mellom linje og gruppe***

Alle de kommunene som jeg har samlet data i, er bygget opp ut fra hovedsaklig en funksjonsdelt tjenesteyting. Det betyr at tjenestene er avgrenset av hvilke oppgaver de skal løse. Det burde derfor ikke være overraskende at jeg finner at de ulike tjenesteyterne er opptatt av tiltakene. Det er jo nettopp hvilke tiltak som skal iverksettes som definerer hvem som skal engasjere seg. Disse tjenestene har derfor bare ansvar for bestemte tjenester og er hver for seg ikke opptatt av helheten (Egeberg 2003, Holck 2004). De fleste deltakerne i ansvarsgruppen har, som jeg allerede har vært inne på, hatt sin primæridentifikasjon med den funksjonsdelte organisasjonen. Fokus for disse tjenesteyterne er dermed ikke helheten i tjenestetilbudet til den bestemte tjenestemottakeren, men hvilket delansvar de selv representerer.

Også Onyett (1998:kap 9) er opptatt av konflikten mellom linje og gruppen. Spørsmålet er hvem man føler seg ansvarlig overfor? Deltakerne i ansvarsgruppene kommer i hovedsak fra en linjeorganisasjon og har sin hovedtilknytning til en bestemt etat. Deltakelse i ansvarsgruppen har dermed vært en sekundærgruppe for disse deltakerne. Dette betyr at deltakerne i større grad føler lojalitet til sin egen etat enn til ansvarsgruppen (Egeberg, 2003:118). Det er altså ikke tjenestemottakerens mål, ressurser og behov som forplikter deltakerne, men derimot de mål og prioriteringer som er sentrale i deres egen etat. En individuell plan som tar utgangspunkt i tjenestemottakerens mål kan dermed komme i direkte konflikt med etatens egne målsetninger. Den arbeidsformen man har valgt medfører at tjenesteyterne møter i ansvarsgruppen som representanter for sin egen arbeidsplass i linjen. Disse deltakerne vil da



oppleve at de kan bidra med de tiltakene som linjen tilbyr. Et slikt utgangspunkt gir dårlig grunnlag for å vurdere om etaten egentlig burde tilby andre eller mer omfattende tiltak enn det man ordinært gjorde. Med et slikt utgangspunkt er det ikke overraskende at tjenesteyterne for en stor del føler begrenset ansvar for helheten i den individuelle planen og tjenestemottakerens tjenestetilbud.

### **7.3 Koordinatorene**

Det er et åpenbart unntak fra denne beskrivelsen, koordinatoren. Alle de kommunene jeg samlet data fra, har etablert en egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Disse tjenestene var i praksis definert ut fra tjenestemottakerne. Selv om tjenestene også hadde sine klare oppgaver, så var det tydelig at koordinatorene hadde en form for negativ avgrensning av ansvarsområdet sitt. Det som ingen andre hadde ansvar for å gjøre, det var deres oppgaver. I praksis medførte det at ansvaret for å utarbeide en individuell plan dermed falt på denne tjenesten for psykisk helsearbeid.

De koordinatorene som jeg har intervjuet var alle knyttet til den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid. Slik arbeidet med den individuelle planen ble organisert, så bidro de andre tjenesteyterne, som vi har sett, lite i forhold til utformingen av den individuelle planen. Også tjenestemottakerne engasjerte seg i begrenset grad i utformingen av den individuelle planen. I praksis var derfor den individuelle planen stort sett koordinatorenes produkt. Flere av koordinatorene var åpenbart opptatt av å skape et helhetlig tilbud. Et av poengene med den individuelle planen er å sørge for at tjenesteytere med ulike bakgrunn og innsikt samarbeider om å finne frem til et best mulig helhetlig tilbud ved at de samlet representerer en bredere kompetanse enn hver enkelt for seg. I mine data bidro de andre tjenesteyterne i begrenset grad i utviklingen av den individuelle planen. For koordinatorene var det da en utfordring å finne frem til de tiltakene som var nødvendig for å skape et helhetlig tilbud. Dette løste de ved i større og mindre grad å samle inn data som de ikke var kjent med fra før. Flere av koordinatorene hadde mer enn 20 års erfaring fra sektoren. Stort sett fremsto de som velkjente med de oppgavene de vanligvis skulle løse. Jeg konkluderer derfor med at det var den individuelle planen og arbeid med denne som skapte behovet for å samle inn data fra andre etater og tjenester.

Virkingen av denne arbeidsformen var nokså tydelig. Den individuelle planen ble koordinatorenes produkt. Selv om det varierte fra koordinator til

koordinator, så var det tydelig at i alle fall noen av dem følte et klart ansvar for helheten i den individuelle planen, ikke bare for sine egne tiltak. Slik sett var den individuelle planen viktig av to grunner. Den styrket koordinatorenes opplevelse av ansvar for alle tiltakene i planen. Dersom koordinatoren oppdaget at andre tjenesteytere ikke fulgte opp sine forpliktelser, så kunne de da reagere. Hvis de så bestemte seg for å reagere, var det også en fordel å ha en individuell plan der de ulike tjenestene var beskrevet med sine oppgaver og hvem som var ansvarlig. Dette ga koordinatorene et mye bedre grunnlag for å ta opp saker enn om de ikke visste hvem som var ansvarlig.

Denne situasjonen, der koordinatorene tilsynelatende har følt større ansvar for helheten som følge av arbeidet med den individuelle planen, reiser et spennende spørsmål: Dersom alle deltakerne i ansvarsgruppen hadde deltatt like aktivt som koordinatoren i å utarbeide en individuell plan, hadde da alle deltakerne følt samme ansvaret for helheten i tjenestetilbudet som det koordinatorene har gjort? Dessverre er dette et spørsmål som jeg ikke har et empirisk grunnlag for å svare på. Jeg har riktignok vist at samarbeid om et helhetlig tilbud også påvirkes av andre faktorer enn i hvilken grad tjenesteyterne føler seg forpliktet av helheten i den individuelle planen. Likevel mener jeg at det ansvaret koordinatorene har tatt, tyder på at et bedre samarbeid om utviklingen av den individuelle planen kan bidra til at ansvarsgruppen som helhet føler et felles ansvar for hele den individuelle planen og at de anser seg forpliktet overfor denne planen og de tiltakene som er skissert der.

## **7.4 Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg vist at helhet og samarbeid er vanskelige mål å oppfylle. Det er eksempler på at samarbeidet mellom spesialisttjenesten og kommunene er bra. Særlig i de tilfellene det er rikelig med tid til å planlegge overgangen fra institusjon til kommune er det eksempler på at kommunen både har forberedt et tilbud til tjenestemottakeren og ellers følger opp det tilbudet som spesialisttjenesten har gitt. Tid er åpenbart en viktig faktor. Det gir anledning både for spesialisttjenesten og for kommunen å forholde seg til den gitte situasjonen. Selv om det ikke er noen indikasjoner på at disse eksemplene med godt samarbeid er et resultat av arbeidet med en individuell plan, så er det åpenbart at det har foregått en planlegging i disse sammenhengene. Slik sett er dette eksempler på at planlegging gir grunnlag for bedre samarbeid. Mine observasjoner tyder på at det i større grad er gode personlige relasjoner mellom

tjenesteytere på begge nivåer som gir grunnlaget for å utvikle et sammenhengende tilbud i disse situasjonene enn en formell plan. Jeg trekker likevel den konklusjonen at en individuell plan faktisk kan være et fornuftig redskap i arbeidet med å lage et sammenhengende tilbud i overgangen fra spesialisttjenesten til kommunen, i alle fall dersom en slik plan utformes i henhold til intensjonene.

Dessverre er det også rikelig med eksempler på at samarbeidet om å lage et helhetlig tilbud mellom spesialisttjenesten og kommunene er vanskelig. Det ser ut som om en grunn til dette er at spesialisttjenesten har dårlig innsikt både i hvilken kompetanse kommunene besitter og hvilke muligheter de har til å yte tjenester. Jeg trakk foran frem gode personlige relasjoner som grunnlag for godt samarbeid. Det er derfor god grunn til å tro at manglende innsikt i den kommunale kompetansen bidrar til mistro, slik at en viktig forutsetning for samarbeidet mangler. Dersom man gjennom arbeidet med en individuell plan fikk anledning til å gjennomføre faglige diskusjoner, er det grunn til å tro at man vil få en bedre innsikt både i hvilken kompetanse de ansatte i kommunene representerer og dermed få bedre innsikt i begrunnelsene for de tiltakene som man foreslår å iverksette i kommunen.

Et annet fenomen som også vanskeliggjør en helhetlig tilnærming til tjenestetilbudet, er at slik arbeidet med den individuelle planen foregår i mine data, så foretar hver enkelt tjenesteyter sin egen datasamling, sine egne vurderinger og velger ut sine tiltak. Vanligvis styres datasamlingen av det behandlingspanoramaet den enkelte representerer (Abbott 1988). Så lenge hver tjenesteyter gjør denne for seg, vil tjenesteyterne stort sett bare være opptatt av hvorvidt tjenestemottakerens situasjon utløser behov for noen av de tiltakene den aktuelle tjenesteyteren representerer. Registrerer man noe i tjenestemottakerens situasjon som synliggjør behov for andre tjenester, forventer man at dette er noe som andre tjenesteytere tar stilling til. Denne situasjonen medfører både at man ikke avdekker behov som krever at man trekker inn andre tjenester enn den som allerede er representert, og at man ikke formidler data som tyder på at andre tjenester ikke dekker de behovene de burde.

Det er et åpenbart unntak fra denne fremstillingen. Det er koordinatoren. Koordinatoren utarbeider den individuelle planen. Det betyr at vedkommende skal finne en beskrivelse som avdekker behov for alle de tjenestene som ytes. I tillegg er det åpenbart at enkelte av koordinatorene, som avdekker udekkete

behov, prøver å trekke inn nye etater og tjenesteytere i ansvarsgruppen for å løse disse behovene. Det er uklart for meg om det er organiseringen av tjenestene for psykisk helsearbeid, forventninger til selve koordinatrollen eller arbeidet med den individuelle planen som bidrar til at koordinatorene skiller seg ut fra de andre tjenesteyterne. Sannsynligvis er dette tre faktorer som virker sammen i samme retning.

Dersom arbeidet med den individuelle planen er en medvirkende faktor til at koordinatorene har et sterkere fokus på helhet enn de andre tjenesteyterne, så reiser dette en interessant problemstilling. Hvis alle tjenesteyterne hadde samarbeidet om å utvikle den individuelle planen, hadde da alle sammen følt et sterkere ansvar for helheten i tjenestetilbudet? Siden jeg ikke har sett eksempler på slikt samarbeid om den individuelle planen, har jeg dessverre ikke grunnlag for å gi noe svar på denne problemstillingen, men jeg ser klare behov for å følge opp dette i videre forskning.

Jeg har også vist i dette kapitlet at samarbeidet om den individuelle planen fungerer dårlig. Min analyse tyder på at dette kan forstås både med faktorer knyttet til arbeidsformen i ansvarsgruppen og faktorer som ligger utenfor gruppen. De eksterne rammene kan den individuelle planen bare i svært begrenset grad påvirke. Derimot er det god grunn til å tro at dersom man legger vekt på å utvikle den individuelle planen slik jeg har lagt til grunn at det bør skje, så vil det gi grunnlag for et bedre samarbeid enn det man har i dag. Slik jeg ser det, så vil et reelt samarbeid om den individuelle planen, gi grunnlag for en bedre forståelse for de tiltakene hver enkelt tjenesteyter foreslår. Samtidig vil en slik faglig diskusjon gi grunnlag for å utvikle en bedre individuell plan. Problemet er at slik den individuelle planen er blitt utformet i mine eksempler, som et individuelt prosjekt for koordinatoren i samarbeid med tjenesteyteren, så har tilsynelatende ikke den individuelle planen noen innvirkning på samarbeidet mellom de forskjellige etatene og tjenesteyterne.

## **8 INDIVIDUELLE PLANER SOM DEL AV EN HELHET**

Min undersøkelse viser at det som var utgangspunktet for individuelle planer, ønsket om mer brukarmedvirkning, mer individuelt tilpasset tjenestetilbud, mer samordning og mer helhetlige tilbud, bare i svært begrenset grad nås i mine avgrensede eksempler. Jeg startet innledningsvis med å uttrykke både håp om at individuelle planer skulle bli en suksess og en skepsis til at dette var mulig. Denne avhandlingen viser at det var god grunn til å være skeptisk. I innledningen trakk jeg også frem min tro på at det er mulig å lære av erfaringer.

Fortsatt er det behov for løsninger som kan bidra til at disse målene kan nås. I den grad individuelle planer kan bidra til å nå disse målene er det nødvendig både med mer forskning, men også med utvikling og utprøving av nye arbeidsformer. Det betyr at fokus i evalueringer må være hva som i praksis bidrar til bedre resultater, ikke hvorvidt teoretiske standarder er nådd. Jeg har derfor like vanskelig for å si at individuelle planer er en fiasko som at det er en suksess. Jeg skal derfor i dette siste kapitlet systematisere en del av forklaringene på hvorfor arbeidet med individuelle planer fungerer slik det gjør.

Det er flere forklaringer på de resultatene jeg er kommet frem til, men jeg skal her trekke frem følgende fem:

- Behandling vs rehabilitering
- Planlegging
- Organisering
- Beslutningsprosessen
- Implementering

### **8.1 Behandling vs rehabilitering**

Jeg har foran satt frem påstanden om at individuelle planer bygger på en rehabiliteringsideologi. Den overordnede målsettingen med en rehabiliteringsprosess skal være ”selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (Normann & Sandvin 2001:5). Ut fra en slik tilnærming må utgangspunktet være å finne frem til hvilke faktorer som fremmer og hvilke

som hindrer slik selvstendighet og deltakelse. Slike faktorer kan være knyttet til egenskaper både ved den enkelte tjenestemottaker og til miljøet rundt vedkommende. For å oppnå selvstendighet og deltakelse er det behov både for tiltak rettet inn mot endring av den enkelte og for tilrettelegging av viktige miljøfaktorer rundt tjenestemottakeren. I praksis betyr dette at noen av de målene som tjenestemottakeren har, bare kan nås dersom man fokuserer på tilrettelegging rundt vedkommende. Slik tilrettelegging vil kunne være både av sosial, kulturell og miljømessig art (Normann & Sandvin 2001:6). En rehabiliteringsprosess bør derfor inkludere tiltak rettet mot tjenestemottakerens nærmiljø, med sikte på å legge til rette for at de skisserte målene kan nås. Det å lage en slik plan for hvilke tiltak som skal iverksettes rundt tjenestemottakerens liv, er en vanskelig og komplisert prosess. Hvilke tiltak som virkelig vil gi den forventete effekten, er det vanskelig å si. En del av de tjenesteyterne som deltar i ansvarsgruppen, har også begrenset innsikt i hvordan miljøfaktorer fungerer og hvordan disse kan påvirkes. Usikkerheten er derfor stor, og alternativene er mange. I slike prosesser er det vanskelig å få til en rasjonell prosess (Cyert & March 1963, Enderud 1976, March 1999) og tjenesteyterne har kanskje like dårlig grunnlag for å bidra med noe konkret inn i en slik situasjon som tjenestemottakeren.

I en rehabiliteringsprosess vil best mulig funksjons- og mestringsevne være et sentralt delmål (Normann & Sandvin 2001:7). Dette er prosesser som er rettet inn mot tjenestemottakeren selv og som handler om å gjøre vedkommende bedre i stand til å møte krav og forventninger fra samfunnet. Eksempler på slike tiltak kan være ulike former for opptrening, med sikte på at tjenestemottakeren skal kunne beherske de situasjonene som vedkommende vil møte i sitt daglige liv.

Jeg har derfor forutsatt at for å få til en best mulig rehabiliteringsprosess så kreves det en felles gjennomgang av hvilke mål som er realistiske, hvilke ressurser tjenestemottakeren selv kan bidra med og hvilke behov som foreligger. Hvordan man skal lage et helhetlig rehabiliteringstilbud er det ikke lett for en person å ta stilling til, og jeg har derfor sett for meg at også dette skal være gjenstand for en felles drøfting. Slikt samarbeid har jeg ikke observert.

Konsekvensen av dette er at de prosessene jeg har observert for en stor del har vært preget av en behandlings- eller reparasjonsideologi. En slik ideologi knyttes gjerne til et normalitetsbegrep. Noe er normalt og noe er unormalt. Det som er

unormalt bør endres, slik at det blir mest mulig normalt. Dette er en enkel ideologi å forholde seg til. Målene er gitt og den teknologien som skal nyttes er kjent og klart innenfor det som har vært fokus i faggruppens utdanning. I tillegg er store deler av tjenesteapparatet først og fremst opptatt av behandling og reduksjon av symptomer. Av ulike grunner ser det også ut som om tjenesteyterne er mest innstilt på ”brannslukking”. Det vil si at de vanligvis reagerer først når en situasjon oppstår og mangler strategier for å møte fremtidige og planlagte utfordringer.

I min terminologi er denne brannslukkingen en grunnleggende institusjonell norm som innebærer at dette er en oppgave som alltid vil prioriteres. Individuelle planer handler ikke om brannslukking, men om langsiktige og planlagte tiltak. For å få de ansatte i denne sektoren til å prioritere individuelle planer er det derfor nødvendig med endring av grunnleggende institusjonelle normer i sektoren. Jeg minner om at Berge & Lorentsen beskriver et prosjekt der man brukte 5 år på å utvikle holdningene i kommunen (Berge & Lorentsen 2003)

Det ser ut som om rehabiliteringsperspektivet er så nytt, eller så uvant for mange av de ansatte i psykisk helsearbeid, at slike strategier utvikles utenfor det ordinære tjenestetilbudet. Rehabiliteringsstrategien blir da noe som føres inn i planen ettersom denne strategien blir utviklet. Det er ikke arbeidet med den individuelle planen som trekker opp strategien, men derimot blir de strategiene som utarbeides tatt med i den individuelle planen, og slik sett blir den individuelle planen mer et informasjonsdokument om hva som er blitt bestemt. Den individuelle planen er da et middel til å informere hva vedkommende har fått til på egen hånd. I de tilfellene den individuelle planen først og fremst beskriver hvilke behandlingstiltak som skal gis er drøftingene om slike tiltak en del av prosessen med planen. Det kan bli diskusjoner om hva slags oppfølging spesialisthelsetjenesten skal gi, hvilke kommunale tjenester man bør søke om osv. Dette er konkrete problemstillinger, der i alle fall en del av tjenestemottakerne får anledning til å komme med sine synspunkter. Så vidt jeg kunne registrere ble disse synspunktene også tatt hensyn til. Likevel har jeg ikke inntrykk av at det var noe nytt at de ansatte tok hensyn til de synspunktene som tjenestemottakerne hadde.

Disse diskusjonene handlet først og fremst om konkrete tiltak. Det var i liten grad bygget på den analysen som jeg etterlyste foran. Selv om diskusjonene

bygget på en respekt for at tjenestemottakeren har rett til å foreta en del valg, bidro de i liten grad til empowerment, slik at tjenestemottakeren kunne utvikle fornuftige strategier for livet sitt. I den grad den individuelle planen har bidratt til økt brukerinnflytelse i disse tilfellene, er det fordi den har skapt en arena for brukermedvirkning som ikke fantes tidligere (March & Olsen 1986).

Den første forklaringen på at de individuelle planene i mitt datagrunnlag ikke klarer å ivareta de målene som man hadde satt seg, er at viktige medlemmer i arbeidsgruppen mangler et rehabiliteringsperspektiv på prosessen.

## 8.2 Planlegging

Fokus på behandling i stedet for rehabilitering får også konsekvenser for selve planleggingen. Vi kan skille mellom to hovedformer for planlegging, aktivitetsplanlegging og resultatstyring (Mintzberg 1979: 149). Aktivitetsplanlegging innebærer at man beskriver i detalj hvordan de ulike arbeidsoperasjoner skal utføres, mens resultatstyring først og fremst handler om hvorvidt spesifiserte mål er nådd. I forhold til denne inndelingen, må individuelle planer anses som en form for resultatstyring. Suksessen i de tiltakene som iverksettes skal dermed måles opp mot i hvilken grad de målene som beskrives i den individuelle planen er nådd. I følge Mintzberg (1994 b:24) er den mest åpenbare begrunnelsen for slik planlegging å sikre at alle deltakerne trekker i samme retning, en retning som skal være beskrevet på en mest mulig presis måte.

Det er to viktige fall gruver i forbindelse med planlegging (Mintzberg 1994b:12)

- Manglende støtte fra toppledelsen
- Manglende kultur for planlegging

I mine data er det åpenbart at deltakerne i arbeidet med den individuelle planen bare i begrenset grad har myndighet til å forplikte organisasjonen. Tjenesteyterne kan tilby de tjenestene i det omfanget de pleier å yte dem, ut fra en erfaring om at dette er det hjemmel for å gjøre. Rammene for hva slags tiltak som kan settes inn i planen blir dermed det man pleier å yte av tjenester, ikke en analyse av hvordan mål og behov skal nås på en best mulig måte. Det er også tydelig at ansvarsgruppene som helhet er preget av manglende engasjement i forhold til den individuelle planen. Den individuelle planen oppfattes først og



fremst som koordinators og tjenestemottakerens prosjekt. De andre deltakerne er først og fremst opptatt av sine egne oppgaver og engasjerer seg lite i den helhetlige planleggingen. En grunn til dette er fokus på behandling, der det allerede med utgangspunkt i en gitt diagnose er klart hva som er de ”riktige” tiltakene.

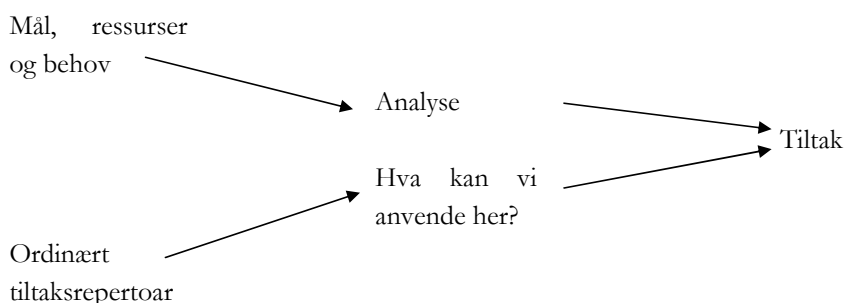
Konsekvensen av dette er at arbeidet med en individuell plan ikke blir en rasjonell planprosess. I følge Mintzberg (1994a) innebærer en slik rasjonell prosess at man først trekker opp mål, analyserer seg frem til aktuelle tiltak og beskriver disse. Poenget med en slik tilnærming er at planen blir et styringsredskap der alle tjenesteyterne blir forpliktet av de overordnede målene og der analysene er felles og binder et eventuelt mindretall. Individuelle planer skal være overordnede planer der de overordnede mål, ressurser og behov danner utgangspunkt for disse. På bakgrunn av denne overordnede planen skal så hver enkelt tjeneste utvikle sine egne tiltaks- eller behandlingsplaner. Min erfaring så langt er at man går omvendte veien og lager det vi kan kalle en inkrementell planleggingsprosess (Bukve 1997:263). Det vil si at hver enkelt tjeneste utvikler sine tiltaks- og behandlingsplaner på grunnlag av sine avgrensede oppgaver og sin spesialinnsikt. Disse ”lokale” planene blir så samordnet gjennom den individuelle planen, slik at man unngår konflikter og tilpasser seg de andre der dette synes hensiktsmessig.

Mintzberg (1994a:23-25) viser hvordan en plan kan være et resultat av ulike faktorer. Delvis kan planer være bygget på intensjoner om å nå bestemte mål, der planen er en bevisst strategi for å nå disse målene. En annen mulighet er at en plan er en utvikling og en akkumulering av ulike handlinger og aktiviteter. Ut fra mine data synes arbeidet med individuelle planer i mye større grad å være bygget på det siste tilfellet enn på det første. Individuelle planer utvikles i praksis som en inkrementell prosess (Bukve 1997:263). Det synes som om hvert enkelt tiltak utvikles i selvstendige prosesser. I hvilken grad de fire målsetningene ivaretas i disse prosessene har jeg ikke oversikt over, men i den grad de ivaretas, kan jeg ikke se at det er den individuelle planen som bidrar til det.

Det som er mest påtakelig med de observasjonene jeg har gjort i ansvarsgruppene er at verken spørsmål knyttet til diagnosefasen eller til analysefasen har vært gjenstand for diskusjon. Den viktigste årsaken til at det i så liten grad oppstår konflikter rundt arbeidet med en individuell plan er derfor

måten planen skapes på. Konsekvensen av dette er at den individuelle planen ikke blir et overordnet styringsredskap, men derimot et samledokument for de tjenestene som ytes. Individuelle planer blir dermed ikke noe målstyringsdokument, slik intensjonen i stor grad var.

Hvis vi ser nærmere på selve planleggingsprosessen, kan vi beskrive to aktuelle prosesser (se figur nedenfor). Den øverste prosessen er den rasjonelle slik ideologien legger opp til. Den nederste er derimot en inkrementell prosess (Bukve 1997:263) og det er den jeg i praksis har observert.



(Mintzberg 1994a:24, begrepsbruken er tilpasset den konkrete empirien)

*Figur 8:1- Ulike planleggingsstrategier*

Utgangspunktet for den øverste linjen skulle vært tjenestemottakerens mål, ressurser og behov. Disse skulle så være det overordnede grunnlaget for at tjenesteyterne i fellesskap skulle finne ut hvordan disse målene kunne nås og at man konkretiserte de konklusjonene man kom frem til i bestemte tiltak. I stedet tar man gjerne utgangspunkt i en behandlingsstrategi. Da er det definisjonen på normalt og unormalt som bestemmer målene. Hva tjenestemottakeren selv har av mål, blir egentlig uinteressant, fordi det er "behovet" for å rette opp det "unormale" som er styrende for hvilke tiltak som skal iverksettes. En annen årsak til at man velger den nederste linjen, er begrenset tiltaksrepertoar. Det er ikke slik at man kan velge tiltak ut fra ønske om å ivareta tjenestemottakerens mål. Flermoen (2004:16 - 17) viser for eksempel at det er hvorvidt kommunen har tilbud om særskilt tilrettelagte fritidsaktiviteter som er avgjørende for om

tjenestemottakerne får slike tilbud, ikke om dette er i samsvar med tjenestemottakerens mål og behov.

Et viktig poeng er også at psykisk helsearbeid er et fagfelt preget av usikkerhet om årsak-/virkningssammenhenger (Scheurer 2003:175). En rasjonell planleggingsprosess der man tar utgangspunkt i mål, ressurser og behov er dermed vanskelig å gjennomføre, fordi man ikke kan analysere seg frem til hvilke tiltak som er ”riktige” for å nå de målene som er satt. I praksis er dette også forhold som bidrar til at planleggingen blir inkrementell (Bukve 1997). Riktignok hevder fagfolkene i Scheurers (2003) sin undersøkelse at man kan løse dette problemet ved å samarbeide: ”Mål-middelsammenhengene opfattes som uklare og forløbet er vanskeligere å standardisere. For at håndtere den kompleksitet, som patienten udgør, er det specialets samlede tværfaglige viden, der bør tages udgangspunkt i, mener aktørerne.” (Scheurer 2003:175). Dette er en løsning som deltakerne i min undersøkelse ikke har tatt i bruk og konsekvensen av dette blir da at planleggingen blir inkrementell.

Den planleggingen som foregår i ansvarsgruppene er derfor ikke en overordnet planlegging hvor tjenestemottakerens mål, ressurser og behov er styrende for alle de ulike tjenestetilbudene. I stedet blir den individuelle planen en samlet beskrivelse av de ulike tiltakene de hver enkelt tjeneste yter. Det som er styrende for hvilke tiltak som skal beskrives, synes i hovedsak å være to forhold. Det ene er et ønske om å oppnå mest mulig normalitet, det andre er hvilke tiltak som er tilgjengelige.

En konsekvens av denne måten å gjennomføre planleggingen på, er at den individuelle planen ikke blir et instrument for prioriteringer, verken for tjenesteyterne eller for tjenestemottakeren. De tiltakene som er skissert i planen er slik planen utvikles, delvis et resultat av hva tjenestene pleier å yte og av hvilke ønsker om tiltak tjenestemottakerne har satt frem. Hvilke av disse tiltakene som er viktigst for å nå målene til tjenestemottakerne, er ikke klart. Det kan da bli nokså vanskelige diskusjoner om hvilke tiltak som skal prioriteres, slik Holck (2004) beskriver. Selv om dette ikke har blitt et problem i mine data, er det klart at mulighetene for at det oppstår konflikt mellom tjenesteyter og tjenestemottaker om hvilke tiltak som skal prioriteres blir større når man ikke har noen kriterier å prioritere opp mot enn når man har slike kriterier.

Den andre forklaringen på at de individuelle planene i mitt datagrunnlag ikke klarer å ivareta de målene som man hadde satt seg, er at planleggingen ikke er en overordnet og helhetlig prosess som styrer de ulike tiltakene, men at planleggingen i stedet er en inkrementell prosess, der de enkelte tiltakene settes sammen.

### 8.3 Organisering

En tredje forklaring knytter seg til organisering av hele helse- og sosialsektoren. En del av det ideologiske grunnlaget for organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet, bygger på diskusjonene i forbindelse med den såkalte HVPU-reformen (overføring av psykisk utviklingshemmede fra sentralinstitusjoner til bolig i egen kommune). Sentralt i denne reformen var begreper som "normalisering" og "integrering". Målsettingen fra sentrale myndigheter var at tjenestene overfor psykisk utviklingshemmede ikke skulle organiseres som en særomsorg, men at psykisk utviklingshemmede på lik linje med andre skulle motta tjenester fra det ordinære tjenesteapparatet (Andersen 1995:204). Målsettingen var likevel at man gjennom ulike samarbeidsmønstre (for eksempel ansvarsgrupper) skulle skape et helhetlig kommunalt tjenestetilbud overfor tjenestemottakerne. I Andersens undersøkelse, skjer dette ikke, og han konkluderer derfor med at: "Helheten i reformen synes å forsvinne i en fragmentert struktur administrativt, faglig og økonomisk." (Andersen 1995:218). Årsaken til dette søker han å forklare på følgende måte: "Den konkrete organisatoriske tilpasningen i kommunene viser at det er et dilemma knyttet til normaliseringsaspektet på den ene sida, og helhetsperspektivet overfor brukerne på den andre. Det er et klart spenningsforhold mellom en fragmentert struktur og helhetstekning overfor brukerne." (Andersen 1995:219).

Moland (1999) ser også nærmere på sammenhengen mellom kommunal organisering og helhetlige tjenestetilbud overfor psykisk utviklingshemmede. Han finner ikke på samme måte som Andersen (1995) så entydige sammenhenger mellom kommunal organisering og helhetlige tjenestetilbud. Moland viser at det er flere elementer, så som ledelse, målklarhet og personalpolitikk (Moland 1999:249). Han mener også å kunne dokumentere at de kommunene som har valgt en modell med særomsorg, kommer dårligere ut enn de som har integrert tjenestene overfor psykisk utviklingshemmede i de ordinære tjenestene.

I sin evaluering av samordningsforsøkene mellom a-etat, trygdeetaten og sosialtjenesten, konkluderer Møller (2006:112-116) med at det er der man velger en mest mulig forpliktende og helhetlig organisasjonsform på samarbeidet, det han kaller en fullskala avdelingsmodell, at man får det beste samarbeidet. Dette samsvarer også med de evalueringer som er gjort av case-management (en ordning der én person har ansvar for å samordne tjenestene) og assertive community treatment (en ordning med faste team som samarbeider). Disse evalueringene indikerer at det er fast team som bidrar til bedre tjenester (Marshall & Lokwood 1998, Marshall, Gray, Lokwood & Grey 1998).

De data som Myrvold & Helgesen (2005) har samlet inn, tyder på at kommunene i hovedsak har valgt en modell der de har en form for særtjeneste rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser. I praksis innebærer dette at man de fleste steder har opprettet egne fagteam som har ansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Det var også tilfelle i de kommunene jeg har samlet inn data fra. Myrvold & Helgesen (2005:57) trekker likevel frem et annet poeng ved den kommunale organiseringen, spørsmålet om flat struktur. Deres konklusjon er at det psykiske helsearbeidet har bedre vilkår i kommuner der strukturen ikke er så flat som i de andre.

Det synes altså ikke å være noen entydig konklusjon på hvilken kommunal organisasjonsform som bidrar til det beste tjenestetilbudet til denne målgruppen. Med utgangspunkt i de data jeg har samlet inn, er det min vurdering at Andersen (1995) har rett i sin konklusjon om at kommunenes organisering skaper interne spenningsforhold som det er vanskelig å løse. En stor del av kommunene har de siste årene vært gjennom omfattende endringer (Helgesen & al 2005:95). Mens hovedutvalgsmodellen var den sentrale modellen helt frem til midten av 90-tallet, har man de siste 10 årene i stor grad gått over til å et system med kommunale komiteer. Disse komiteene organiseres gjerne i en formålsmodell, eller en funksjonsmodell. Ved formålsmodellen fordeles oppgavene etter tjenestetype, slik at for eksempel vedtak skilles fra tjenesteyting, mens ved funksjonsmodellen så fordeles oppgavene etter tjenesteområde (Hovik & Stigen 2004:28-31). Dette kombineres også med etablering av det som kalles flat struktur, der man fjerner mellomledernivået og gir de enkelte virksomhetsledere større ansvar. En slik løsning er også bedre tilpasset innføring av bestiller/utfører-modeller i kommunene (Ramsdal & Hansen 2005). Et kjennetegn med bestiller/utfører-modellen er at man da

skiller mellom de to oppgavene: *bestemme innholdet i tjenesten* og *utføring av tjenesten*. Ut fra mine begreper, innebærer dette at man skiller diagnose- og analysefasen fra tiltaksfasen. Begrunnelsen for dette er delvis av økonomisk art, men et viktig poeng for mange er at man forventer at denne ordningen styrker tjenestemottakerens rettsstilling, ved at det ikke er samme person som både bestemmer tjenestens omfang og innhold og som utfører disse tjenestene. Tjenestemottakeren kommer da ikke i samme avhengighetsforhold til tjenesteyteren, og dette forventes dermed å redusere tjenesteyterens makt og muligheter for maktmisbruk. Bestiller/utfører-modellen er nå innført i ca 30% av kommunene, men fordi det først og fremst er store kommuner som har innført denne ordningen, omfatter den ca 50% av befolkningen (Ramsdal & Hansen 2005:136). I mitt materiale hadde kommunene valgt ulike løsninger, likevel hadde alle et system med at det ble utarbeidet mer eller mindre presise vedtak som grunnlag for tjenesteytingen.

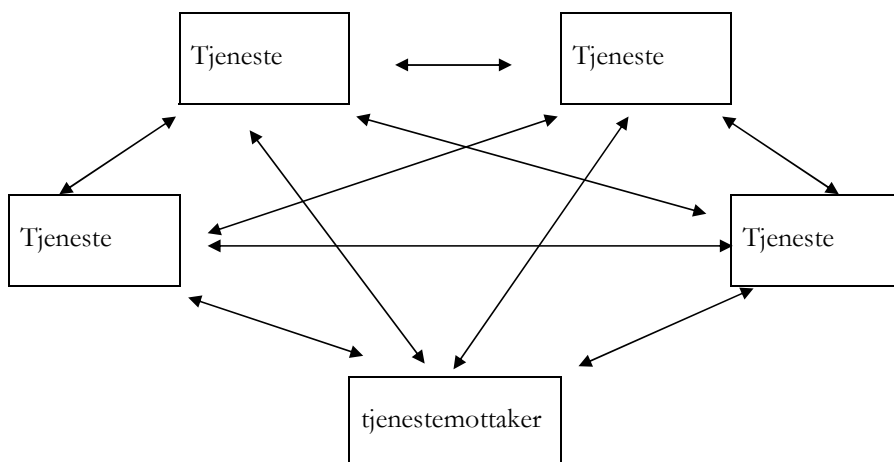
Konsekvensen av denne utviklingen er at tjenestene i stadig sterkere grad blir definert i forhold til presise beskrivelser av hvilke oppgaver som skal utføres, det blir stadig sterkere spesialisering og oppdeling av tjenestene og sterkere skille mellom vedtak og tjenesteyting. Dette er en utvikling som synes å skje også i de kommunene som ikke har innført bestiller/utfører-modellen. I alle fall var dette et inntrykk som ble formidlet til meg fra mine informanter. Resultatet av denne utviklingen er, etter min mening, at de maskinbyråkratiske kjennetegnene (Mintzberg 1979) ved kommunene styrkes. Dersom tjenestemottakerne har enkle og avgrensede behov, kan man hente ut tjenester fra en eller flere av enhetene i maskinbyråkratiet og slik få den hjelpen man trenger. For en brukergruppe der mål/middel-sammenhengene er uklare (Scheurer 2003:175) og der det er behov for mer sammensatte og helhetlige tjenestetilbud, slik situasjonen er i psykisk helsearbeid, skaper denne utviklingen behov for samarbeid mellom tjenestene.

Det at denne brukergruppen ikke passer inn en kommunal organisering med oppdelte og spesialiserte tjenester, kan være en av grunnene til at så mange kommuner har valgt å organisere psykisk helsearbeid i en form for særtjeneste (ca 85% av kommunene, Myrvold & Helgesen 2005:27). Disse særtjenestene yter bare psykisk helsearbeid, og ansvarsområdet er delvis definert i forhold til brukergruppen og delvis avgrenset i forhold til de tjenestene andre yter. Det betyr at ansatte i disse særtjenestene nok i større grad enn i de andre tjenestene føler et ansvar for å skape et helhetlig tjenestetilbud til brukergruppen.

En måte å styrke samarbeidet i maskinbyråkratier er ved hjelp av standardisering (Brunsson 1999:115, Vinge 2005:107), gjerne i form av behandlingslinjer. Denne standardiseringen er en samordning av tjenestene og bygger på tjenestenes behov for å samordne sin virksomhet. Slike behandlingslinjer vil gjerne være definert i forhold til en gitt diagnose og forutsetter at behovene til alle med samme diagnose er like. Scheurer (2003) viser at dette er en løsning som er vanskelig å få til i psykisk helsearbeid, men at den for eksempel i somatikken er en modell som anses å styrke kvaliteten på tjenestene. Ulike former for standardisering synes nå å få stadig sterkere gjennomslag i spesialisthelsetjenesten (Vinge 2005:107), men det er grunn til å tro at dette er prinsipper som også kommunene ønsker å satse mer på.

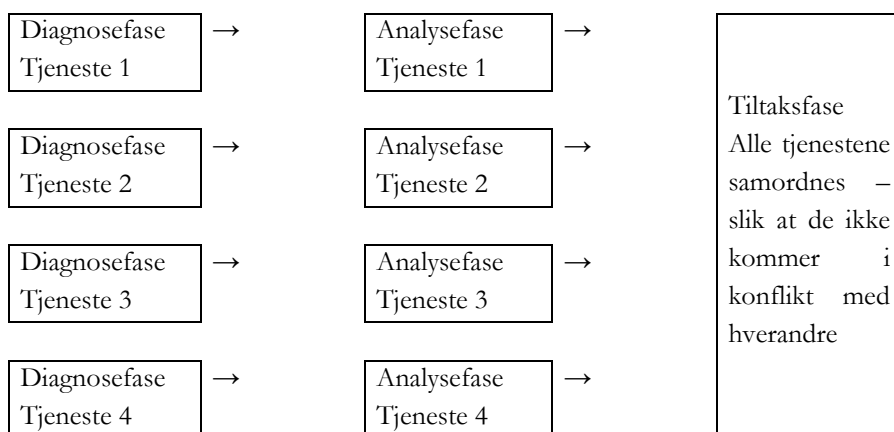
Glouberman & Mintzberg (2001:75) hevder at en slik standardisering av tjenestene ikke fungerer i helse- og sosialsektoren. Samarbeid kan etter deres mening bare nås dersom man legger til grunn at den sentrale teknikken er gjensidig tilpasning. Individuelle planer bygger nettopp på denne ideologien; samarbeidet skal bygge på at tjenesteyterne tilpasser seg tjenestemottakerens mål og hverandre. Da er det ikke diagnosen som er avgjørende for hvilke tjenester man skal ha, men derimot individuelle mål, ressurser og behov. Løsningen på dette er å etablere nettverksorganisasjoner (Glouberman & Mintzberg 2001:77)

En slik nettverksorganisasjon har jeg foran beskrevet i følgende modell:



Figur 8:2 - Nettverksmodell

Her skal det være åpen kommunikasjon mellom tjenestemottaker og tjenestene og tjenestene i mellom. Denne kommunikasjonen skal knyttes til alle fasene i den profesjonelle prosessen. Problemet er bare at det fungerer ikke slik i praksis. I stedet er følgende modell som jeg har presentert foran, en mer reell beskrivelse av samarbeidet.



Figur 8:3 – Seriekoblede tjenestetilbud



Hver enkelt tjeneste vurderer selv hvilke behov tjenestemottakeren har. I hvilken grad dette gjøres i samarbeid med tjenestemottakeren har jeg ikke data på. Jeg har likevel inntrykk av at ressurssterke tjenestemottakere kan påvirke tjenesteyterne i en slik prosess, slik at tjenestemottakernes mål blir ivaretatt. Også analysefasen er en slik fase som foregår i beste fall i dialog mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. I tiltaksfasen blir derimot de andre tjenesteyterne informert om hva som har skjedd og delvis hva som skal skje. Dersom det oppstår situasjoner som tyder på at tiltakene vil komme i konflikt med hverandre, blir disse situasjonene løst. Nettverket fungerer dermed bare i forhold til tiltakene, ikke i forhold til diagnose- og analysefasen.

Min påstand er at dersom vi skal forstå denne situasjonen, må vi se på hvordan de kommunale tjenestetilbudene har utviklet seg de siste årene.

Hvis vi lager en firefeltstabell med utgangspunkt i de to dikotomiene individ – system og samordning – fragmentert vil den kunne se ut slik:

	Individ	System/Oppgaver
Samordnet	<i>Skreddersøm-modellen</i> Helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud	<i>Helsystem-modellen</i> Standardiserte og helhetlige tjenestetilbud, gjerne definert i forhold til bestemte diagnoser
Fragmentert	<i>Forbrukermodellen</i> Hver enkelt enhet yter sine tjenester ut fra et ønske om å ivareta tjenestemottakerens forventninger	<i>Delsystem-modellen</i> Hver enkelt enhet yter sine tjenester ut fra en vurdering av hva som er mest hensiktsmessig for enheten

Figur 8.4- Ulike former for tjenesteorganisering

Mye av den kritikken som har vært rettet mot helse- og sosialsektoren har vært bygget på at denne sektoren har vært kjennetegnet ved det jeg kaller delsystem-

modellen. Tjenestene organiseres ut fra hva som er mest hensiktsmessig for tjenestene selv. Hver tjeneste har klart avgrensede arbeidsoppgaver og dersom en tjenestemottaker har behov for hjelp fra flere tjenester, så er det tjenestemottakerens ansvar å prøve på å samordne tjenestene. I denne modellen er portvokterrollen en viktig del av tjenesteyterrollen. Det er viktig å begrense bruken av tjenestene slik at ressursrammene blir overholdt. Delsystemmodellen kjennetegnes dermed både av et systemfokus og et fragmentert tjenestetilbud. Man satser på intern effektivitet, men tilpasser seg i liten grad andre tjenester og tjenestemottakerne. Tjenestene ytes først og fremst slik de oppleves som hensiktsmessig for systemet.

Ideologien bak individuelle planer er at man skal motvirke både et systemfokus og fragmentering. Det betyr at man i stedet for å organisere tjenestetilbudet ut fra systemets behov for effektivitet i stedet organiserer tjenestetilbudet ut fra ønsket om at det skal være tilpasset den enkelte tjenestemottaker. I tillegg skal man også organisere tjenestetilbudet slik at de ulike delene blir samordnet. Det betyr at man kommer i den ruten som jeg kaller skreddersøm-modellen.

Vi ser likevel at vi kan ha en utvikling der man forlater delsystemmodellen, men bare ivaretar en av endringene. Den utviklingen vi ser med et stadig sterkere fokus på standardiserte og helhetlige tjenestetilbud, enten de er bygget på faste behandlingslinjer, evidensbaserte standarder eller former for benchmarking (Vinge 2005:107), så kommer vi over i den firkanten jeg har kalt helsystemmodellen. Man lager mer eller mindre faste tjenestetilbud som ytes på grunnlag av begrensede kjennetegn (for eksempel diagnose) ved tjenestemottakeren. Disse tjenestetilbudene blir dermed helhetlige, i den forståelsen at de ulike tjenestene er tilpasset hverandre ut fra tjenestenes behov for å utfylle hverandre mest mulig effektivt. Vi får altså et samordnet tjenestetilbud, men ikke et som er tilpasset de individuelle forskjellene mellom tjenestemottakerne.

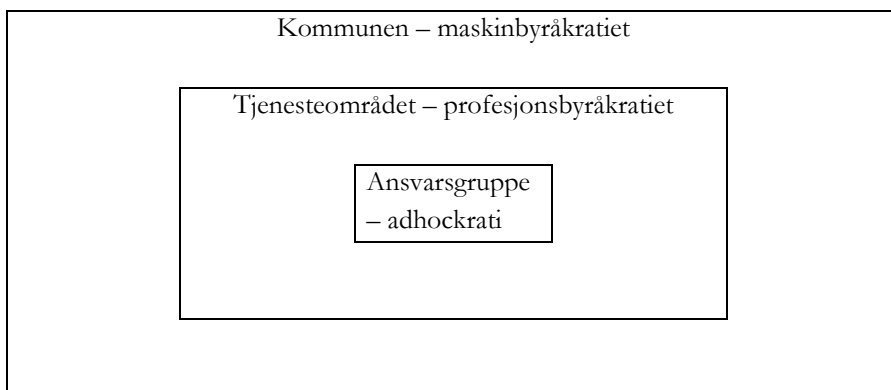
Den andre endringen man kan få er at tjenestene yter tjenester først og fremst ut fra tjenestemottakerens interesser. Vi har for eksempel sett at ordningen med fastleger har endret legenes rolle slik at de i mindre grad blir portvoktere og i større grad blir advokater for sine pasienter (Sandvik 2006:306). Tjenesteyterne vil i denne sammenhengen ta et mer eller mindre personlig ansvar for å imøtekomme tjenestemottakernes behov og strekker seg gjerne utover de forpliktelsene de har, for å gi den tjenesten som det er behov for (NOU

2003:19, s 28/29). Etter min mening viser Thommessen, Normann & Sandvin (2003:kap 7) at de som skal være koordinatorene for den individuelle planen, lett står i fare for å komme i en slik rolle. Dersom man ikke klarer å få til det samarbeidet og det helhetlige tjenestetilbudet som den individuelle planen forutsetter, kan man ende opp med en koordinatørrolle som prøver å kompensere for mangler i andre tjenester. I mine data var det flere av koordinatorene som så denne faren og var tydelig bevisste på å unngå denne fellen.

Selv om individuelle planer er et middel til å oppnå skreddersøm, så synes de fleste andre utviklingstrekk å gå mot mer helsystems-løsninger (Ramsdal & Skorstad 2004:155/156). Slik sett er individuelle planer en logikk som til en viss grad kommer i konflikt med andre sentrale utviklingstrekk i kommunen.

Vi får på denne måten en situasjon der det i praksis er tre ulike organisasjonsformer som eksisterer om hverandre. Vinge (2005:106) beskriver sykehusene som et profesjonsbyråkrati i et maskinbyråkrati. I kommunene har vi på samme måte den kommunale organiseringen som er et maskinbyråkrati. Dette maskinbyråkratiet setter rammer for hvordan de profesjonelle kan yte tjenestene sine, men innenfor disse rammene, har de profesjonelle en stor grad av frihet. Vi har dermed et, eller kanskje mer presist flere, profesjonsbyråkratier innen for rammen av maskinbyråkratiet. Dette er ikke nok. Ansvarsgruppene blir dermed et ad-hockrati, innenfor rammene til profesjonsbyråkratiet.

Dette kan illustreres i følgende modell:



*Figur 8:5- Ansvarsgruppen som del av en helhet*

Med denne modellen prøver jeg å vise at det er kommunen som maskinbyråkrati som setter rammene for det enkelte tjenesteområde. Kommunen er på en eller annen måte organisert slik at de ulike tjenestene har hvert sitt (mer eller mindre spesialiserte) ansvarsområde. Fordelingen av ansvar mellom de ulike tjenestene er dermed bygget på klare maskinbyråkratiske prinsipper. Hjemmesykepleien har for eksempel sine klare ansvarsområder. Innenfor denne rammen er derimot den profesjonelle friheten stor. Hver enkelt ansatt i hjemmesykepleien har i prinsippet stor frihet til selv å utforme den direkte kontakten med tjenstemottakeren og i den grad denne kontakten er regulert, så er det tjensteyterens utdanning og de normer som denne representerer som regulerer dette. Dette er rammene for de vurderingene som hver enkelt tjensteyter har i en ansvarsgruppe. I adhokrati er det gjensidig tilpasning som i teorien er den sentrale koordineringsmekanismen. Men i denne sammenhengen er denne gjensidige tilpasningen begrenset av de rammene kommunen og de enkelte tjenesteområdene har satt for virksomheten. Det spillerommet deltakerne i ansvarsgruppen har for gjensidig tilpasning er dermed svært begrenset. Å tro at en individuell plan er et instrument som ensidig tar utgangspunkt i tjenstemottakerens mål, ressurser og behov, og hvor tiltakene er et resultat av en analyse om hvordan disse målene og behovene kan nås, er dermed noe urealistisk.

#### **8.4 Beslutningsprosessen**

Utgangspunktet for arbeidet med individuelle planer har som jeg allerede har vært inne på flere ganger, en rasjonell prosess. I praksis knyttes en slik ideologi både til planen som et planleggingsinstrument (Bukve 1997:263) og til den profesjonelle arbeidsmodellen (Abbott 1988:40). Det gir grunnlag for å gå tilbake til March & Olsen (1986:13) sine fire krav til en rasjonell beslutningsprosess:

- Klare preferanser
- Kjenner alternativene
- Kjenner konsekvensene
- Har en tilfredsstillende beslutningsrutine

Det er tjenstemottakerens mål som skal styre innholdet i planen og i tjenestetilbudet. Dersom disse målene ikke er presise nok, vil de være vanskelig å styre etter. Samtidig mener jeg å ha vist at det ikke er disse målene som styrer

tjenestene. Det kan i like stor grad være hva som anses som ”appropriate”, hva som skal til å for å gjøre tjenestemottakeren mer ”normal” og det tilgjengelige behandlingsspanoramaet, som danner utgangspunkt for tjenestetilbudet.

En individuell plan handler i de mest omfattende tilfellene om å finne en helhetlig strategi for livet til tjenestemottakeren. Det er ikke bare en behandlingssituasjon rettet mot en gitt sykdom, det er like viktig å få orden på økonomi, bolig, utdanning/arbeid og fritid. Dette er en nokså komplisert og uoversiktlig situasjon for hver enkelt av deltakerne i ansvarsgruppen. Alene har de svært begrenset oversikt over aktuelle alternativer. Den strategien som tjenestemottakerne velger er blitt til over tid, gjerne før arbeidet med den individuelle planen startet opp. Jeg kan ikke se at det har vært noen systematisk datasamling og analyse for å komme frem til den strategien som tjenestemottakeren selv utformer. I et tilfelle blir det gjennomført en test av tjenestemottakeren for å se om han egner seg til den utdanningen vedkommende har bestemt seg for å ta. Dette gjøres ikke for å kunne gi tjenestemottakeren råd om hva han bør satse på, men settes som en forutsetning for at han skal få den nødvendige økonomiske støtte til denne utdanningen. Testingen er altså bare et kontrolltiltak for å sikre seg at tjenestemottakeren har de nødvendige forutsetningene for å kunne gjennomføre den aktuelle utdanningen.

En av de store utfordringene i psykisk helsearbeid er at det ikke er tydelige mål-middel-sammenhenger (Scheurer 2003:175). Det er derfor svært vanskelig å ha klare forestillinger om hvilke konsekvenser et gitt tiltak vil ha. Delvis er det uklart hvordan ulike behandlingstiltak påvirker den enkelte tjenestemottaker og delvis er uklarhetene knyttet til at man i liten grad har innsikt i hvordan tilrettelegging for utdanning/arbeid, sosial deltakelse etc. vil fungere. Det er derfor vanskelig for deltakerne i ansvarsgruppene å si at dette er den riktige løsningen på dette problemet. Det er også vanskelig å si det motsatte – dette er et tiltak vi vet at ikke fungerer.

Også beslutningsrutinene er uklare i ansvarsgruppene. Hvordan håndteres uenighet? Det finnes ingen formelle regler for dette. Skal man avgjøre uenighet ved demokratiske avstemminger? I praksis synes det å være slik at hver enkelt deltaker har full selvstendighet innenfor sitt ansvarsområde, selv om de andre deltakerne skulle mene at angjeldende beslutning er i strid med de mål som er skissert. Konsekvensen av dette er at ansvarsgruppene ikke fungerer som en

arena for rasjonelle beslutningsprosesser. Et alternativ er at vi kan tenke oss at ansvarsgruppene blir arena for en maktkamp mellom de ulike deltakerne i ansvarsgruppen. Vi kan da få det Enderud (1982:76) kaller en politisk beslutningssituasjon. En mulig konstellasjon er en maktkamp mellom tjenesteapparatet og tjenestemottaker. Dette har jeg ikke sett noe til. Grunnen til dette er åpenbar: Tjenesteapparatet representerer ikke en helhet. Det er derfor ikke noe fellesskap som står samlet mot tjenestemottakeren. Det er selvfølgelig vanskelig å observere maktforholdene i en slik ansvarsgruppe. Det er likevel åpenbart at tjenesteyterne sitter med makten til å si ja og nei til ulike tiltak, men samtidig er det under et press om å yte. Ingen kan delta i ansvarsgruppen å si at "vi deltar, men vi yter ikke noe". Poenget er at når man deltar i en ansvarsgruppe forventes man å bidra. I slike situasjoner synes det å være kunnskap like mye som formell makt som er ressursen inn i en eventuell konflikt. Hver enkelt tjenesteyter har kunnskap om sitt avgrensede område, i direkte kontakt med tjenestemottakerne kan det være at de utøver dette maktgrunnlaget. Ansvarsgruppen sitt fokus skal være helheten. Denne er det ikke noen av tjenesteyterne som representerer spesialkompetanse på. I mitt materiale er det tydelig at noen av de mest ressurssterke og informerte tjenestemottakerne representerte innsikten om helheten vel så godt som noen av tjenesteyterne. I det jeg tidligere har beskrevet som brukerstyring var det tydelig at kunnskapsmakten for en stor del lå hos tjenestemottakeren, fordi vedkommende var den eneste som hadde en noenlunde klar forestilling av hvordan målene kunne nås gjennom konkrete tiltak og hvordan de ulike tiltakene kunne utgjøre en helhet. En mulig forklaring på at man unngår de faglige diskusjonene i ansvarsgruppen, er derfor at tjenestemottakerne forstår at dette vil svekke deres innflytelse.

Den mest konstruktive forklaringen på det jeg har sett finner jeg ved å benytte March & Olsens (1979:26) garbage/can-modell for beslutninger. Hovedpoenget i denne modellen er at beslutningene er et resultat av fire strømmer: problemer, løsninger, deltakere og beslutningssituasjoner. Hovedpoenget til March & Olsen er at de fire strømmene ikke er så entydige som mange skulle trodd, I en gitt beslutningsramme kan deltakerne være forskjellige fra samling til samling, og problemer og løsninger flyter mer eller mindre om hverandre, gjerne slik at den enes problem blir den andres løsning eller omvendt. I utgangspunktet ble denne modellen oppfattet som en nokså anarkistisk modell, etter hvert har både March & Olsen og andre bearbeidet modellen og vist at den på mange måter er vel så rasjonell som andre forklaringsmodeller. I min sammenheng legger jeg

særlig vekt på Heimer & Stinchcombes (2002:26) poeng om at disse problemene, løsningene, deltakerne og beslutningssituasjonene kommer et sted fra. I sammenheng med ansvarsgruppene er dette siste poenget det sentrale. Ansvarsgruppene kan oppfattes som løse koblinger. Deltakerne i ansvarsgruppene er bare deltidsmedlemmer i disse ansvarsgruppene. Hovedmedlemskapet er knyttet til andre organisasjoner enn ansvarsgruppen (Egeberg, 2003:118).

Som jeg allerede har vært inne på, representerer de fleste deltakerne også en gitt profesjon. Det betyr at de også representerer verdier og normer som kjennetegner den gitte profesjonen. De tiltakene som man anser som fornuftige kan da like godt være et resultat av institusjonelle normer innen profesjonen som en rasjonell analyse av hvordan målene skal nås. Dette forsterkes av at mål/middel-sammenhengene i psykisk helsearbeid er så lite presise (March & Olsen 1986:15).

I tillegg representerer deltakerne også vanligvis en kommunal eller statlig tjeneste. Det er dermed ikke bare tjenestemottakernes problemer som skal løses. Det er store muligheter for at deltakerne er like opptatte av å løse problemene til den organisasjonen de representerer som til tjenestemottakeren. I praksis deltar både tjenesteytere og tjenestemottakere med et repertoar av problemer og løsninger. Tjenesteyterne drar med seg inn i ansvarsgruppen ikke bare løsninger, men også problemer fra sin hovedtilknytning til linjeorganisasjonen. Det betyr at økonomiske og andre ressursmessige problemer i linjeorganisasjonen trekkes inn som premiss for beslutningen i ansvarsgruppen. Hvilke tiltak som trekkes frem i ansvarsgruppen vil dermed kunne påvirkes av vurderinger om hvordan ressursene i den enkelte tjeneste kan utnyttes best mulig.

Selv om arbeidet med den individuelle planen i en ansvarsgruppe på denne måten ikke kan sies å være den rasjonelle prosessen som man kunne ønske seg at den var, betyr ikke dette nødvendigvis at man får et dårligere tilbud enn man ville fått uten individuelle planer og ansvarsgrupper. Heller tvert imot. Fragmenterte tilbud fra ulike deler av en linjeorganisasjon blir ikke bedre av at man tar vekk individuelle planer og ansvarsgrupper. Etter min mening har vi en tendens til å overdrive troen på at vi kommer frem til gode løsninger gjennom rasjonelle beslutningsprosesser. Mine observasjoner tyder på at det var når problemer og løsninger fløt litt fritt og usystematisk at man kom frem til tiltak

som var originale og tilsynelatende spesialtilpasset den enkelte tjenestemottaker. Slik sett er det åpenbart at ansvarsgruppene også har vært en mulighet. Først og fremst er ansvarsgruppene en mulighet for tjenestemottakerne. Selv om det i mitt materiale er få eksempler på at tjenestemottakerne har utnyttet de mulighetene som ligger i denne deltakelse, er det klart at dersom man tar empowerment-strategier på alvor, finnes det et stort potensial for at tjenestemottakerne kan påvirke utformingen av sitt eget tjenestetilbud gjennom deltakelse i ansvarsgruppene. Nettopp fordi tjenesteyterne ikke har felles mål og strategier, så blir mulighetene for å påvirke tiltakene større enn ellers. Slik sett er ansvarsgruppene en klar arena for økt brukermedvirkning. I tillegg er det også en mulighet for å nyttiggjøre seg ressursene bedre. For tjenesteyterne er ansvarsgruppen en arena der de kan ”bytte” problemer og løsninger. Det som for en tjenesteyter kan fremstå som et problem, kan være en løsning i andre sammenhenger. Fordi man i så liten grad diskuterte ulike løsningsalternativer i ansvarsgruppen, har jeg ikke sett mye til at denne muligheten er blitt utnyttet. Det er likevel eksempler i mitt materiale på at tilfeldige bemerkninger og tilsynelatende løst snakk har avstedkommet slike muligheter. Min oppfatning er derfor at ansvarsgruppe er en arena med muligheter. Likevel mener jeg at beslutningsprosessene i slike grupper forklarer hvorfor individuelle planer ikke fremstår som et rasjonelt styringsverktøy.

## 8.5 Implementering

Individuelle planer har etter hvert fremstått som et sentralt element i opptrappingsplanen for psykisk helse. Jeg oppfatter dette som et viktig redskap i sentrale myndigheters ambisjoner om å endre og styrke det psykiske helsearbeidet. Individuelle planer har i forhold til psykisk helsearbeid, vært et instrument som sammen med flere andre har hatt til hensikt å reformere hele sektoren. Jeg har foranpekt på at individuelle planer både kan sees på som en NPM-inspirert organisasjonsoppskrift. Slike målstyrte planleggingsprosesser beskrives av Røvik (1998:23) som en institusjonalisert superstandard. Slike standarder har høy grad av legitimitet og de oppfattes i stor grad som riktige løsninger, i alle fall inntil man oppdager at de ikke har bidratt slik man forventet. Individuelle planer er også en rettighet for brukerne. Tjenesteyterne utsettes derfor i prinsippet for et press som kommer både ovenfra i form av pålegg fra staten om å lage slike planer, og nedenfra i form av krav fra tjenestemottakerne om å få realisert sine rettigheter. De ansatte kommer dermed under et krysspress som skal bidra til å realisere intensjonen bak



ordningen (Sahlin – Andersson 2003:245).

Slike reformer har ofte en tendens til å få andre virkninger enn intendert (Olsen 1993, 1997). Jeg pekte foran på at individuelle planer kunne oppfattes på flere måter, et middel til samarbeid, en planleggingsprosess eller produksjon av et dokument. Et viktig poeng er at den rettigheten tjenestemottakeren har, bare er til planen som et produkt. Det ligger ikke i regelverket at tjenestemottakerne får større rettigheter til de konkrete tjenestene enn de ville fått uten den individuelle planen. I praksis er den rettigheten som tjenestemottakeren har, begrenset til å få et dokument som ikke er forpliktende for tjenesteyterne. Slik sett er det da ikke så overraskende at tjenestemottakerne ikke fremstår som pådrivere i arbeidet med å få utarbeidet en individuell plan.

Jeg har foran beskrevet koordinatorene som ”iverksettelsesagenter” med oppdrag å iverksette en statlig strategi for styrking av det psykiske helsearbeidet. Jeg skisserte da at usikkerhet og profesjonelle standarder var krefter som kunne påvirke denne rollen. I praksis viser denne avhandlingen at det er mange ulike faktorer som gjør det vanskelig for koordinatorene å fungere som slike ”iverksettelsesagenter”. Jeg registrerer også at noen eksempler på at individuelle planer er tatt i bruk med suksess, bygger på omfattende opplæring og oppfølging av tjenesteyterne (Berge & Lorentsen 2003). Slik oppfølging har ikke mine informanter fått. Tjenesteyterne i denne undersøkelsen er for en stor del overlatt til selv å håndtere blandingen av nye og eksisterende krav i sektoren; krav som på mange måter oppleves som motstridende.

Individuelle planer føyer seg på denne måten inn i en lang rekke av ulike oppskrifter som er blitt implementert i helse- og sosialsektoren de siste årene. Omfattende forskning viser at når disse nye organisasjonsoppskriftene skal tilpasses den eksisterende organisasjonen, får de gjerne en utforming tilpasset den kompetansen og erfaringen som finnes i organisasjonen fra før. Konsekvensen av dette er at i stor grad tilpasses og gjerne forsterker slike reformprosesser den generelle utviklingen i sektoren (Byrkjeflot & Jespersen, 2005:12). Tjenesteyterne setter derfor de nye kravene inn i en kjent sammenheng og tolker dem stort sett som et nytt skritt i en prosess som de kjenner. En av mine informanter sier det slik: ”dette med individuelle planer - sånn har tjenesten for psykisk helsearbeid jobbet i lang tid”. Helsepersonells erfaring med skriftliggjøring av sin yrkesutøvelse, er først og fremst knyttet til dokumentasjon. Det er derfor ikke særlig overraskende at mange individuelle

planer har fokus på å beskrive de tiltakene som man yter - ikke på hvordan man skal nå tjenestemottakerens mål. Heller ikke den generelle konklusjonen som en annen av mine informanter formulerte om individuelle planer: ”Jeg merker ikke så mye forskjell fra sånn som det var før, skal jeg være helt ærlig.”

En siste forklaring på at de individuelle planene jeg har observert arbeidet med ikke har fungert slik intensjonen var, er at når de statlige kravene skal omsettes i praksis, så må tjenesteyterne sette disse inn i den eksisterende rammen. I mine eksempler er heller ikke kravet om å ta i bruk individuelle planer, fulgt opp med slik oppfølging som andre har fått (Berge & Lorentsen 2003). Koordinatorenes mulighet til å fungere som en ”iverksettelsesagent” har derfor vært svært begrenset.

## **8.6 Er individuelle planer likevel et fremskritt?**

Jeg har så langt vist at arbeidet med individuelle planer bare i begrenset grad fungerer slik jeg hadde forventet. Jeg har i denne avhandlingen i hovedsak konsentrert meg om å presentere noen forklaringer på hvorfor det er vanskelig å nå de målene man har med individuelle planer. De forklaringene jeg har trukket frem viser at det er et bredt spekter av utfordringer både på individuelt og organisatorisk plan som må løses før det er grunn til å forvente at individuelle planer kan gi den virkningen som man hadde ambisjoner om. I metodekapitlet ga jeg også uttrykk for at et viktig element i en evaluering var å trekke frem utviklingstrekk som ikke påvirket måloppnåelsen, men som likevel var interessante. Dette er en ambisjon som jeg i liten grad har fulgt opp, jeg skal derfor nå trekke frem noen forhold som åpenbart må oppleves som en fremgang først og fremst for tjenestemottakerne, men også for tjenesteyterne.

### ***8.6.1 Ansvarsgrupper skaper arenaer for deltakelse og innflytelse***

At arbeidet med den individuelle planen var forankret i en ansvarsgruppe, var et utvelgelseskriterium for mine informanter. Jeg kan derfor ikke si at mine resultater viser at man som følge av de individuelle planene etablerer flere ansvarsgrupper. Dette er likevel resultater som andre (for eksempel Myrvold & Helgelsen 2004) kommer frem til. Det min undersøkelse derimot viser, er at når man etablerer slike ansvarsgrupper så oppstår det muligheter. Selv om ansvarsgrupper ikke er arenaer for rasjonell planlegging, så er de arenaer der problemer, løsninger og beslutningstakere møtes. Dette skaper muligheter for å

finne frem til tiltak som ellers ikke hadde blitt realisert. Her er det et potensial for utvikling av bedre tjenester som langt fra er utnyttet i de eksemplene jeg har observert. Blant annet vil et sterkere fokus på rehabilitering og empowerment kunne legge til rette for en klar styrking av brukermedvirkningen. Et annet poeng med disse ansvarsgruppene er at de i noen tilfeller utvides underveis. Ofte er det enkelte deltakers ønske om mer informasjon som utløser invitasjon til nye deltakere. Det betyr at også tjenesteytere som man ellers ikke samarbeider med, blir trukket inn i ansvarsgruppen. Også dette skaper nye muligheter for nye tiltak og løsninger.

### ***8.6.2 Bedre oversikt over tjenestetilbud og tjenesteytere***

De individuelle planene bidrar med en beskrivelse av hvilke tiltak som gis og hvem som yter disse tiltakene. Selv om disse ikke er et resultat av den individuelle planleggingen og tjenestemottakerens egne mål, ressurser og behov, så er det en stor fordel å ha en samlet oversikt over tiltakene og hvem som er ansvarlig. Dette er en oversikt som både tjenestemottakerne og tjenesteyterne kan ha god hjelp av. Individuelle planer bidrar på denne måten til bedre innsikt i hvem som deltar med tjenester, både for tjenestemottakeren og for de ulike tjenesteyterne. En slik oversikt er sannsynligvis en nødvendig forutsetning for at man skal kunne unngå alle de eksemplene på dårlig intern kommunikasjon mellom tjenesteyterne som bl.a. Myrvold & Helgesen (2005) peker på

### ***8.6.3 Koordinatorrollen er viktig***

Det kan heller ikke være tvil om at koordinatorrollen har vært viktig for mange av tjenestemottakerne (Thommesen, Normann & Sandvin 2003:kap 7). I min undersøkelse har jeg nettopp tatt utgangspunkt i koordinatorne og deres jobb. Det er derfor ikke overraskende at de som har stilt opp som informanter for meg, har lagt stor innsats inn i denne jobben. Likevel er det grunn til å peke på at det også er andre forhold som gjør at denne koordinatorrollen har blitt så viktig. Alle de koordinatorne som har vært mine hovedinformanter, og alle bortsett fra en, av de andre jeg har intervjuet om koordinatorrollen, har vært ansatt i en kommunal tjeneste for psykisk helsearbeid. Det betyr at disse koordinatorne har fått definert sitt ansvarsområde i forhold til den gitte brukergruppen. Langt på vei er det da tjenestemottakerne som er ansvarsområdet, ikke gitte tiltak. Mitt inntrykk er at dette medfører at de som jobber i disse tjenestene da tar et større ansvar for at tjenestemottakerne får et

samlet tjenestetilbud enn andre deler av tjenesteapparatet. Når de samtidig gis et formelt koordinatoransvar i forhold til den individuelle planen, forsterkes denne situasjonen. Det må også trekkes frem at dette skjer i en periode der det er en omfattende økonomisk styrking av den kommunale tjenesten for psykisk helsearbeid. Vi har dermed tre faktorer som virker sammen: Økte økonomiske ressurser, ansvar avgrenset i forhold til brukergruppe og tildelt koordinatoransvar. Samlet bidrar dette til at koordinatoren blir en person som i tillegg til de ordinære tjenester vedkommende yter, også blir en viktig alliert i arbeidet med å få oversikt over andre aktuelle tjenestetilbud og å få etablert nye tiltak som det anses behov for.

#### ***8.6.4 Er dette hensiktsmessig ressursutnyttelse?***

På bakgrunn av dette kan det ikke være tvil om at, selv de om individuelle planene ikke har bidratt til de resultatene man på forhånd hadde som mål, så har arbeidet med individuelle planer bidratt også til en positiv utvikling i kommunenes psykiske helsearbeid. Spørsmålet er om det koster mer enn det smaker. En av kommunene i Myrvold & Helgesens undersøkelse, konkluderer med at det går med minimum 18 timer for å utarbeide en individuell plan (Myrvold & Helgesen 2005:61). Flere av koordinatorene i min undersøkelse hadde 30-40 tjenestemottakere å forholde seg til. Dersom alle tjenestemottakerne da krever en individuell plan, kan det åpenbart stilles spørsmål ved om dette er en hensiktsmessig prioritering av ressursene.

Jacobsen (1993) hevder at et av de største problemene i forhold til tverrfaglig samarbeid er at man etablerer samarbeidsorganer i sammenhenger der dette er unødvendig. Det er derfor et problem dersom individuelle planer og ansvarsgrupper tas i bruk uten at så vel tjenestemottaker som tjenesteytere har klar formening om hva disse skal brukes til. En viktig utfordring for helse- og sosialsektoren er derfor å bli bevisst på hvordan man kan benytte individuelle planer og ansvarsgrupper til å bedre tjenestetilbudet.

### **8.7 Sluttord**

I denne avhandlingen har jeg gitt noen forklaringer på hvorfor arbeidet med individuelle planer fungerer slik det gjør. Utfordringen nå er å prøve å motvirke de hindringene som jeg har beskrevet. Jeg ser selv ikke enkle løsninger på dette, men jeg er trygg på at dersom man går inn i et aktivt samarbeid mellom

tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere, så kan man lære av de erfaringene man gjør med sikte på å finne frem til løsninger som fungerer. Det vil kanskje derfor ikke være særlig overraskende at min konklusjon er at det fortsatt er behov for mer forskning på hvordan man kan nå målene med de individuelle planene i kommunalt psykisk helsearbeid, og at slik forskning gjerne bør foregå i tett samarbeid med tjenesteytere og tjenestemottakere. Mitt utgangspunkt har vært hvorvidt individuelle planer har bidratt til å nå de målene som man skisserte som begrunnelse for å innføre slike planer. I praksis har jeg funnet at disse målene bare i begrenset grad nås, likevel mener jeg at undersøkelsen viser at arbeidet med individuelle planer har videreutviklet viktige deler ved det psykiske helsearbeidet i kommunene. Olsen sier: ”Testen ligger ....(derfor)... ikke i om offentlige tiltak virker godt i forhold til en teoretisk standard som det perfekte marked, det perfekte sivile samfunn, eller den perfekte familie. Testen er om offentlig virksomhet i praksis bidrar til et bedre samfunn, enn det spontane prosesser skaper i praksis.” Olsen (1993:41)

Jeg er derfor ikke i tvil om at individuelle planer har bidratt til å sette viktige problemstillinger på dagsorden. Likevel er det åpenbart mulig å forbedre de prosesser jeg har sett.

### **8.7.1 Veien videre**

Til slutt skulle jeg gjerne ha kunnet komme med noen klare råd om hvordan man kan motvirke de vanskene jeg har avdekket. Som forsker er min kompetanse først og fremst knyttet til å analysere de fenomenene som jeg har registrert. Gjennom denne undersøkelsen har jeg fått frem data og analyser som er annerledes enn dem jeg hadde ventet å finne. Jeg innser derfor at jeg bør være forsiktig med å skape det bildet at jeg vet hvordan man kan gjøre arbeidet med individuelle planer mer målrettet. Hvordan en bestemt ordning eller en endring i en slik ordning vil slå ut, er det vanskelig å si noe om på forhånd (Olsen 1994, 1997:). Likevel er jeg rimelig trygg på at jeg etter denne undersøkelsen har mye bedre innsikt i de prosessene som foregår rundt individuelle planer enn før jeg startet. Jeg tror at den mest farbare veien frem mot å få individuelle planer til å fungere etter intensjonene, også i det kommunale psykiske helsearbeidet, er å kombinere utviklingsprosjekter og forskning. Helt tilslutt vil jeg derfor peke på noen tiltak som kan prøves ut for å se hvorvidt de kan påvirke arbeidet med individuelle planer i riktig retning.

Mine data tyder på at en viktig strategi for å gjøre individuelle planer til en suksess, går gjennom tjenestemottakerne. Slik sett er det den strategien som Sahlin Andersson (2003) kaller ”ledelse på distanse”, som synes å være den mest virkningsfulle. Det er når tjenestemottakerne klarer å formulere sine mål og er seg bevisste disse at man får til brukermedvirkning. De ansatte er i stor grad innstilt på å akseptere brukermedvirkning, i alle fall innenfor gitte grenser. Problemet synes i større grad å være at de ansatte har begrenset handlingsrom på grunn av mangel på så vel økonomiske som menneskelige ressurser. Det synes å være først når brukerne kan formulere klare mål og krav til tjenestene at de ansatte klarer å utvikle et tjenestetilbud som tjenestemottakerne har reell innflytelse over. Den individuelle tilpasningen er også avhengig av at tjenestemottakerne klarer å synliggjøre hva som er de individuelle kjennetegnene ved dem selv og deres situasjon.

Det er åpenbart tjenestemottakeren som er det sentrale elementet i samarbeidet. Bevisste og ressurssterke tjenestemottakere er i stand til å målrette hver enkelt tjeneste og å sette dem inn i en helhet. En utfordring er likevel å få frem de faglige diskusjonene, der ulike faglige perspektiver kan bryne seg på hverandre og slik skape et tjenestetilbud som bygger på mange og ulike faglige perspektiver. Dersom man skal få til dette, er det tjenesteyterne som må delta. Spørsmålet er hvem som skal initiere slike diskusjoner?

Vi ser i dag både nasjonalt og internasjonalt at det finnes et uttall av løsninger for å styrke tjenestemottakerne slik at de individuelt eller med hjelp av andre tjenestemottakere blir i stand til selv å ivareta sine interesser. I Norge kjenner vi blant annet ordninger som likemannsarbeid, brukerlærere og mestringsentre. Internasjonalt er det også mange andre modeller der hovedmålet er å bidra til økt empowerment hos tjenestemottakerne. Dette er en vei som etter min mening bør utprøves i vesentlig større grad enn til nå, med sikte på å gi tjenestemottakerne større forståelse, engasjement og kunnskap om individuelle planer og prosessene rundt disse.

Fra 1.1.2007 ble psykiatriloven endret slik at det ikke lenger er automatikk i at alle som kommer inn under psykisk helsevern skal ha en individuell plan. Nå er kravet som for andre, at det er de som har behov for ”langvarige og koordinerte tjenester” som har krav på slike planer. Dette bør gi grunnlag for en mer kritisk vurdering av hvem som har behov for planer og hvordan de bør utformes. Min erfaring er at individuelle planer kan være et viktig og effektivt hjelpemiddel for

dem som jeg foran beskrev som ”i utvikling”. I dette ligger det en vurdering at individuelle planer er et verktøy som kan bidra til utvikling. For tjenestemottakere der verken tjenestene eller vedkommende selv ønsker endring eller utvikling, synes den individuelle planen å ha liten betydning utover at den synliggjør hvem som har ansvar for de ulike tiltakene. En mer fleksibel holdning til hvem som skal ha en individuell plan og hvordan den skal utformes, synes derfor å være hensiktsmessig.

I tillegg tror jeg det fortsatt er mange tiltak man kan sette i verk overfor tjenesteyterne, med sikte på å gjøre dem bedre i stand til å bruke individuelle planer slik intensjonen med disse har vært. Det første tiltaket handler om å skape større forståelse for rehabiliteringsideologien og hva det vi si at tjenestene skal bygge på tjenestemottakerens mål, ressurser og behov. Erfaringene med implementering av individuelle planer var positive i Tvedestrand (Berge & Lorentsen 2003). Der ble forståelsen for hva som ligger i rehabiliteringsideologien bygget opp gjennom tre ulike prosjekter over nærmere fem år. Jeg vil derfor foreslå at man prøver ut ulike modeller for hvordan man skal utvikle en slik felles grunnlagsforståelse. I dette arbeidet er det viktig at alle som er aktuelle deltakere i arbeidet med individuelle planer deltar. Målsettingen må være at alle som deltar i ansvarsgrupper, har en felles forståelse og bygger arbeidet på en felles rehabiliteringsideologi (jfr. San Martin – Rodriguez & al, 2005:139).

Jeg tror også at det er viktig at tjenesteyterne i større grad enn det jeg har sett, samarbeider både om å avklare hvordan man oppfatter situasjonen (diagnosefasen) og om analysefasen. Det overordnede målet er jo at man på denne måten skal kunne komme frem til et best mulig tilbud bygget på en felles vurdering av hva som er den beste løsningen. Som jeg har vært inne på foran, er det god grunn til å tro at skikkelig samarbeid gir bedre kvalitet på tjenestetilbudet (Scheurer 2003, Ejrnæs 2004). Styrking av tjenesteyternes kompetanse om samarbeid og hva som er viktig for å bidra til at slikt samarbeid fungerer, er derfor en strategi som bør kunne gi positive resultater. Jeg tror også at et positivt samarbeid kan påvirke andre viktige faktorer i riktig retning. Dersom de ansatte har hatt åpne diskusjoner, er det grunn til å håpe at både de ansatte og tjenestemottakerne har fått større forståelse og respekt for hverandres synspunkter. På grunnlag av slike diskusjoner og gjensidig forståelse er det også mulig å tenke seg av opplevelsen av å ha et helhetlig ansvar for hele tjenestetilbudet vil bli styrket hos hver enkelt ansatt. Likevel er det klart (Nyhlen

2002:62) at det også er en del organisatoriske faktorer som kan påvirke samarbeid negativt, slik at man i stedet utvikler personlige motsetninger og/eller profesjonskonflikter.

Individuelle planer gir i seg selv ikke noen rettigheter. Også andre utviklingstrekk bidrar til at det er en avstand mellom utfører og vedtaksmyndighet. Dette er prinsipper som forventes å styrke tjenestemottakernes rettssikkerhet (Jfr St. meld 28, 1999-2000, kap 4). Denne delingen av de ulike leddene i den profesjonelle prosessen er ikke uten problemer. Det er derfor en utfordring for kommunene å utarbeide rutiner slik at de som diskuterer og evaluerer innholdet i den individuelle planen, også kan inngå forpliktende avtaler om hvilke tjenestetilbud som skal ytes. Forslaget i NOU 2004:18, kap 17, om å kombinere individuelle planer og et samlet vedtak kan, etter min vurdering, være en aktuell løsning. Det bør også være aktuelt å vurdere andre organisatoriske løsninger enn de som synes å være dominerende i kommunene nå.

Det er altså vanskelig å uttale seg med sikkerhet om hva som må til for å få individuelle planer i kommunenes psykiske helsearbeid til å bli et effektivt redskap i arbeidet med å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet. Jeg har likevel skissert noen strategier som bør kunne utvikles videre og ser for meg at en slik utvikling bør skje i nært samarbeid mellom overordnede myndigheter, tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere.



## ***Litteraturliste***

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An essay on the Division of Expert labour*. Chicago & London: University of Chicago Press.
- Abildtrup, L. T. & Neidel A. (2003): *Magt og frihet I sosialpsykiatrien*, Roskilde: Roskilde Universitetscenter
- Album, D. (1996): *Nære fremmede – pasientkulturen i sykehus*, Oslo: Tano
- Almås, R. (1990): *Evaluering på norsk*, Oslo: Universitetsforlaget
- Alvesson, M. & Thompson, P. (2006): "Post-bureaucracy?" i Ackroyd, S., Batt R., Thompson P. & Tolbert P.: *The Oxford Handbook of Work & Organizations*, Oxford: Oxford University Press
- Andersen, J. (1995): "Organiseringen av omsorgen for psykisk utviklingshemmete i kommunene", i Romøren T I: *HVPU-reformen i forskningens lys*, Oslo: ad Notam Gyldendal
- Antonsen, M. & Jørgensen, T. B. (red.) (2000): *Forandringer i teori og praksis – skiftende bilder fra den offentlige sektor*, København: Jurist- og Økonomforbundets forlag
- Argyris, C. (1990) *Bryt forsvarsrutinene. Hvordan lette organisasjonslæring*, Oslo: Universitetsforlaget
- Askeland, G. A. (1994): *Studium og klientarbeid, same arbeidsprosess?* Oslo: Det norske samlaget.
- Askheim, O-P. (1998): *Omsorgspolitiske endringer*, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Atwell, A. & Caldwell, K. (2005): "Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom", *Scandinavian Journal of Caring Science* 2005:19 Nordic College of Caring Science
- Barth, F. (1994): *Manifestasjon og prosess*, Oslo: Det blå biblioteket, Universitetsforlaget

- Batt, R. & Doellgast, V. (2005): "Groups, teams and the division of labour", i Ackroyd, S., Batt, R., Thompson, P. & Tolbert, P.: *The Oxford Handbook of Work & Organizations*, Oxford: Oxford University Press
- Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K. (red) (1999): *Når styringsambisjoner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøyskolens forlag
- Berge, A. R & Lorentsen, Ø. (2003): *Individuelle planer med fokus på livskvalitet*, Oslo: Rehab-Nor
- Bleiklie, I. (1996): "Den psykiatriske klinikken som service-regime", i Erichsen V (red): *Profesjonsmakt*, Oslo: Tano Aschehoug
- Bleiklie, I., Dahl Jacobsen, K. & Thorsvik, J. (1994) "Forvaltningen og den enkelte", i Christensen, T. og Egeberg, M.: *Forvaltningskunnskap*, Oslo: Tano
- Blomgren, M. (1999): "Resultatansvarets betydelse for sjuksköterskornas professionalisering", i Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K. (red) (1999): *Når styringsambisjoner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøyskolens forlag
- Borum, F. (1999): "Perspektiver på forandringsprocesser i sundhets- og sykehusfeltet", i Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K. (red) (1999): *Når styringsambisjoner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøyskolens forlag
- Bowitz, E. & Cappelen, Å. (1994) "Velferdsstatens økonomiske grunnlag", i Hatland, A., Kuhnle, S. & Romøren T. I. (red): *Den norske velferdsstaten*, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Brandth, B. (1996): "Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst", i Holter, H. & Kalleberg, R (red): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning, 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget
- Braye, S. & Preston-Shoot, M. (1995): *Empowering Practice in Social Care* Buckingham-Philadelphia: Open University Press
- Brignall, S. og Modell, S. (2000): "An institutional perspective on performance measurement in the "new public sector". *Management Accounting Research*, 11, 281 – 306

- Brunsson, N. (1999): "Standardization as Organization", i Egeberg M & Lægred P: *Organizing Political Institutions*, Oslo: Universitetsforlaget
- Bukve, O. (1997): *Kommunalforvaltning og planlegging*, 3 utgave, Oslo: Det Norske samlaget
- Busch, T. og Vanebo, J. O. (2001): *Bestiller-utfører-modellen. Utfordringer og problemområder*. Sluttrapport 14.12.2001. Oslo: Kommunenes Sentralforbund.
- Byrkjeflot, H. & Jespersen, P. J. (2005): "Ledelse og organisering i helsevesenet; endring og kontinuitet" *Nordiske Organisasjonsstudier 2-2005*. Bergen: Fagbokforlaget
- Christensen, T. (1991): *Virksomhetsplanlegging: Myteskaping eller instrumentell problemløsning?* Oslo: Tano
- Cyert, R. M. & March, J. (1963): *A behavioural theory of the firm*, Englewood Cliffs N. J.: Prentice Hall
- Danermark, B., Ekström M., Jacobsen, L. & Karlsson, J. C. (2003): *Att förklara sambället*, Lund: Studentlitteratur Lund
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983): "Institutional Isomorphism", i Pugh, D.: *Organization Theory, Selected Readings*, Middlesex: Penguin Books,
- Echoff, T. (1996) *Forvaltningsrett*, 5. utgave ved Eivind Smith, Oslo: Tano
- Egeberg, M. (2003). "How bureaucratic structure matters: An organizational perspective", i Peters, B. G. og Pierre, J. (red.). *Handbook of Public Administration*, London: Sage.
- Ejrnæs, M. (2004): *Faglighet og tværfaglighet. Vilåårene for samarbeidet mellom p dagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*, København: Akademisk Forlag
- Ekeland, T-J. (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*, Arbeidsnotat nr 6/2004, Oslo: H gskolen i Oslo
- Enderud, H. (1976): *Beslutninger i organisationer i adferdst oretisk perspektiv*, København: Fremad
- Engelstad, F. (2005): *Hva er makt?* Oslo: Universitetsforlaget
- Erichsen, V. (1996): "Helsetjenesten og profesjonene", og "Profesjonenes forhold til hverandre", i Erichsen, V. (red): *Profesjonsmakt*, Oslo: Tano Aschehoug

- Eriksen, E. O. (2001): *Demokratiets sorte hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*, Oslo: Abstract
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press
- Flermoen, S. (2005): *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2004*, Bø: Tf-notat 1/2005, Telemarksforskning
- Forsell, A. (2002): "Reform Theory Meets New Public Management", i Christensen, T. & Lægreid P. (2002): *New Public Management – The transformation of ideas and practice*, Hampshire: Ashgate.
- Freidson, E. (1972/1988): *Profession of Medicine*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism – the Third logic*, Chicago: The University of Chicago Press
- Færden, A. (2004): "Psykisk helsearbeid: Det utfordrende mangfoldet", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1, vol 1*, 2004
- Gautun, H., Kjerstad, E. & Kristiansen, F. (2001): *Mellom to senger – Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*, Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning,
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001): "Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II", i *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92, 2001 Aspen Publishers, Inc.
- Hansen, G. V. (1993): *Profesjonsstyring eller institusjonalisering*, Hovedoppgave, Bergen: Universitetet i Bergen
- Hansen, G. V. (2001): *Kommunikasjon og samarbeid på like vilkår mellom funksjonshemmede og hjelpere*, Oslo: Funksjonshemmedes Studieforbund
- Hansen, G. V. og Ramsdal H. (2005): "Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utfører-organisasjonen", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1, vol 2*, 2005. Oslo: Universitetsforlaget
- Helgesen, M. (2006): *Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptrappingsplanens fokus på brukere* Oslo: NIBR-notat 2004:136
- Helgesen, M. (2006): *Organisering for samarbeid og samordning* Oslo: NIBR-notat 2006:129

- Hinings, C. R. (2005): "The changing nature of professional organizations", i Ackroyd S, Batt R, Thompson P & Tolbert P (red): *The Oxford Handbook of Work & Organizations*, Oxford: Oxford University Press
- Holck, G. (1995): *Levende lokalsamfunn: problemstillinger og strategier i områdeforvaltningen*, Oslo: Kommuneforlaget
- Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo
- Hovik, S. & Stigen, I. M. (2004) *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. Oslo: NIBR-notat: 2004:124
- Humerfelt, K. (2005): "Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå", i Willumsen, E. (red) *Brukermedvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*, Oslo: Universitetsforlaget
- Hviding, K. (2006): *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Jacobsen, D. I. (1993): "Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv", i Repstad, P (red): *Dugnadsånd og forsvarsverker*, Oslo: Tano
- Jacobsen, D. I. (1993): *Hva mener brukerne? Brukerundersøkelser – en praktisk veiledning*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jacobsen, D. I. (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jarhag, S. (2001) *Planering eller frigjørelse? : en studie om bemyndigande*, Lund : Socialhögskolan, Universitetet
- Jespersen, P. K. (1999): "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen", i Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K. (red) (1999): *Når styringsambisjoner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøyskolens forlag
- Johannessen, B. (2004): *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*, Bergen: Rokkansenteret, Working paper 22-2004

- Jones, A. (2000): "Implementation of hospital care pathways for patients with schizophrenia", *Journal of Nursing Management* 2000:8
- Jordahl, H. & Repål, A. (1999): *Mestring av psykoser, psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*, Bergen: Fagbokforlaget
- Juliussen, F. B. (2004): *Forudsætninger for godt handleplansarbejde – erfaringer fra handleplansnetværket PLANET*, København: Videncenter for socialpsykiatri
- Klausen, K. K. (2001): "Modernisering av offentlig sektor – bakgrunn og teoretisk ramme" i Busch, T., E. Johnsen, K. K. Klausen & J.O. Vanebo (red): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kleven, T., Amdam, R., Olsen, K. H., Lie, T., Jenssen, J. I. (1998): *Planlegging og handling – kommunal planlegging som grunnlag for politisk styring*, 2 utgave, Oslo: Kommuneforlaget,
- Knudsen, H (1993): "Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser" i Repstad, P. (red): *Dugnadssånd og forsvarsverker*, Oslo: Tano,
- Kolstad, A. (2004): "Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt?", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1, vol 1*, 2004, Oslo: Universitetsforlaget
- Kommunenes Sentralforbund (2004): *Veileder i bestiller-utfører-organisering i pleie- og omsorgstjenesten*. Oslo: Kommunenes Sentralforbund
- Kringlen, E. (1997): *Psykisk helsearbeid*, 6. utg, Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: adNotam Gyldendal
- Laffin, M. (1998): "The professions in the contemporary public sector", i Laffin, M. (red): *Beyond bureaucracy?: The professions in the contemporary public sector*, Aldershot: Ashgate
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004): *Tverrfaglig samarbeid*, Oslo: Tano,
- Lemieux-Charles, L. & McGuire, W. (2006): "What do we know about health care team effectiveness? A review of the Literature", *Medical Care Research and Review*, Vol 63 No 3, (June 2006), Sage Publications
- Lillestø, B (1998): *Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonsbemerkinger opplever sitt forhold til helsetjenesten*, Bodø, NF-rapport 22/98 Nordlandsforskning.

- Lipsky, M. (1977): "Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy, I Hawley W & Lipsky", M: *Theoretical Perspectives on Urban Politics*, New York: Prentice Hall
- Lundstøl, J. (1999): *Kunnskapens hemmeligheter*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag,
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1979): *The Ambiguity of Choice in Organizations*, Oslo: Universitetsforlaget
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1986): Garbage Can Models of Decision Making in Organizations, i March & Weissinger-Baylon: *Ambiguity and Command*, Pitman Publ
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1989): *Rediscovering Institutions*. New York: Free Press.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (2004): *The logic of appropriateness*, Oslo: Arena Working paper 2004:9
- March, J.G. (1994): *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press
- Marshall, Gray, Lokwood & Grey (1998): *Case management for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Marshall, M & Lokwood A (1998): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Maxwell, J. A. (1996): *Qualitative Research Design – An Interactive Approach*. London: Sage Publications
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994): *Qualitative Data Analysis*, Thousand Oaks: Sage Publications
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations – A Synthesis of the Research*, New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Mintzberg, H. (1994a): *Rise and Fall of Strategic Planning* New York: Free Press
- Mintzberg, H. (1994b): *Rethinking Strategic Planning Part I: Pitfall and Fallacies & Part II: New Roles for Planners*, i Long Range Planning Vol 27, No 3
- Moland, L. E. (1999): *Suksess og nederlag i pleie og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø*. Oslo: Fafo rapport 269, Forskningsstiftelsen Fafo

- Muir Gray, J. A. (2001): *Evidence-based Healthcare – How to make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone
- Myrvold, T. M. & Helgesen, M. (2005): *Psykisk helsearbeid En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner* Oslo: NIBR-notat 2005:108
- Myrvold, T. M. (2005): *Kommunenes iverksetting av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Foreløpige resultater fra tre forskningsprosjekter*, Oslo: NIBR-notat: 2005:133
- Myrvold, T. M. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002 – 2005* Oslo: NIBR-rapport: 2006:11
- Møller, G. (2006): *Evalueringsforsøkene mellom aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport*, Rapport 231-2006, Bø: Telemarksforskning-Bø
- Møller, G., Flermoen, S. og Bergsgard (2004): *Evalueringsforsøkene mellom aetat, sosialtjenesten og trygdeetaten. Andre delrapport*, Arbeidsrapport: 26 – 2004 Bø: Telemarksforskning-Bø
- Mørkved, O. J. (2001): ”Økonomisk effektivisering som drivkraft bak modernisering av offentlig sektor: Norman-rapporten og dens betydning”, i Busch, T., E. Johnsen, K. K. Klausen & J. O. Vanebo (red): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normann, T., Sandvin, J. T., Thommesen, H. (2003): *Om rehabilitering- Mot en helhetlig og felles forståelse* Oslo: Kommuneforlaget,
- Normann, T. & Sandvin, J. T. (2001) *Om moderne rehabilitering – en start på dialogen mot en felles forståelse*, SKUR-notat 10/2001, Bodø
- NOU 1972:23: *Utdanning av sosial- og helsepersonell*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 1986:4: *Samordning i helse- og sosialtjenesten*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 1997:2: *Pasienten først*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 2001:22: *Fra bruker til borger*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 2004:18: *Helhet og plan i sosial- og helseetjenestene*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Nylehn, B. (2002): ”Kan profesjonelle samarbeide?” i Nylehn, B. & Støkken, A. M. (red). *De profesjonelle*, Oslo: Universitetsforlaget



- Olsen, H. (2003): "Veje til kvalitativ kvalitet? Om kvalitetssikring av kvalitativ interviewforskning", *Nordisk Pedagogikk 1/2003*, København
- Olsen, J. P. (1993): "Et statsvitenskapelig perspektiv på offentlig sektor", i Læg Reid, P. og Olsen, J. P. (red): *Organisering av offentlig sektor*, Oslo: TANO,
- Olsen, J. P. (1997): "Institutional design in democratic contexts", *Journal of Political Philosophy*, 5: 203-29.
- Onyett, S. (1998): *Case management in mental health*, Cheltenham
- Palumbo, D. J. (1987): "Politics and Evaluation", i Palumbo, D. J. *The Politics of Program evaluation*, London: Sage Publications
- Pedersen, J.-T. (1996): *Klientene og den offentlige sandkasse – kampen om etatsgrensene og resultatene av å rive dem*, Oslo: Kommuneforlaget
- Peters, B. G. & Savoie, D. J. (1998): *Taking Stock - Assessing Public Sectors Reforms* Montreal: McGill-Queen's University Press
- Peters, B.G. (1999): *Institutional Theory in Political Science. The 'New Institutionalism'*: London: Continuum
- Ramsdal, H. & Skorstad, E. (2004): *Privatisering fra innsiden*, Bergen: Fagbokforlaget
- Ramsdal, H. (1996): *Kan psykiatrien reformeres innenfra? Evaluering av prosjekt psykiatri*, Halden: Høgskolen i Østfold, Rapport 1996:3
- Rogan, T. (2004): "Opptrappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1, vol 1*, 2004 Oslo: Universitetsforlaget
- Ruud, T., Gråwe, R. W., Lilleeng, S., Bjørngaard, J. H. (2006): *Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsykiatriske sentre fra 2002 til 2005*, Trondheim/Oslo, SINTEF Helse
- Rønning, R. & Solheim, L. J. (1998) *Hjelp på egne premisser? Om brukervedvirkning i velferdssektoren*, Oslo: Universitetsforlaget
- Røvik, K.-A. (1998): *Moderne Organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved årtusenskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget,
- Rådet for psykisk helse (2003) *Stykkevis og helt – forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*, Oslo: Rådet for psykisk helse
- Sahlin-Andersson, K. (1999): "I møtet mellan reform och praktik", i Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K. (red) (1999): *Når*

*styringsambisjoner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøyskolens forlag

- Sahlin-Andesson, K. (2003): "I forandringers krydsfelt; Ledelse på distance", i Borum F (red) 2003: *Ledelse i sygehusvæsenet*, København: Handelshøyskolens forlag,
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla (2005): "The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies", *Journal of Interprofessional Care* (May 2005), Supplement 1
- Sandvik, H. (red) (2006): *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005*, Oslo: Norges forskningsråd
- Scheuer, J. D. (2003): *Pasientforløb i praksis – en analyse af en ides oversættelse i mødet med praksis*, Ph.D. avhandling, København: FLOS, Institutt for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøyskolen i København
- Skau, G. M. (1992): *Mellom makt og hjelp*, Oslo: Tano
- Sosial- og helsedirektoratet (2001): *Veileder for individuell plan*, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Lov om pasientrettigheter*, Rundskriv IS-12/2004, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Veileder for individuell plan*, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Spector, P E.(1981): *Research Designs*, Sage University Paper nr 23, London: Sage Publications
- St. meld. nr. 14 (2002-2003): *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- St. meld. nr. 25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- St. prp. nr. 63 (1997-1998): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Stava, P. (1993): "Politisk organisering – erfaringer med hovedutvalgsmodellen og veien videre", i Baldersheim H: *Ledelse og innovasjon i kommunene*, Oslo: TANO
- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

- Støkken, A. M. (2002): ”Profesjoner: kontinuitet og endring”, i Nylehn, B. & Støkken A.M. (red). *De profesjonelle*, Oslo: Universitetsforlaget
- Thommesen, H. Normann, T., Sandvin, J. T. (2003): *Individuell plan – et sesam sesam?* Oslo: Kommuneforlaget,
- Thompson, J. D. (1967): *Organizations in Action*, McGraw-Hill
- Vanebo, J. O. & Strømsnes D (2001): ”Modernisering av offentlig sektor i Norge”, i Busch,T., E.Johnsen, K. K. Klausen & J.O. Vanebo: *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varekamp, I. (2005): “Preventing work disability among employess with rheumatoid arthritis: what medical professionals can learn form the patients’ perspective”, *Arthritis And Rheumatism* 2005, Dec 15; Vol 53 (6)
- Vedung, E. (1998): *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund: Studentlitteratur.
- Vinge, S. (2005): ”Arbejdsorganisering og organisationsforståelse i sygehussektoren”, *Nordiske Organisasjonsstudier 2-2005*, Bergen: Fagbokforlaget
- Volden, O. (2004): ”Vi sier farvel til ”den psykiatriske pasienten”: Et brukerperspektiv på psykisk helse”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1, vol 1*, 2004. Oslo: Universitetsforlaget
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati - essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*, Oslo: Pax Forlag
- Yin, R. K. (2003): *Case Study Research – Design and Methods*, (3. ed), London: Sage Publications
- Østerud, Ø.: (1991) *Statsvitenskap – Innføring i politisk analyse*, Oslo: Universitetsforlaget,
- Øvretveit, J. (1993): *Coordinating Community Care*, Open University Press, Buckingham

## **VEDLEGG**

**Individuelle planer i kommunepsykiatrien – et forskningsprosjekt**

Jeg viser til hyggelig telefonsamtale der jeg etterspurte informanter til mitt forskningsprosjekt som jeg har kalt ”Individuelle planer i kommunepsykiatrien”. Problemstillingen i undersøkelsen er: ”Hvordan håndterer ansatte i kommunepsykiatrien arbeidet med individuelle planer?”. Undersøkelsen er ledd i et planlagt dr. gradprosjekt ved Universitet i Karlstad.

I første omgang ønsker jeg å følge 3 ansatte i hver av kommunene xxxx og yyyy. Jeg vil gjerne følge disse informantene i deres arbeid som koordinatorene for 2-3 individuelle planer, dersom de har koordinatorsansvar for så mange planer. Datasamlingen vil foregå ved at jeg intervjuer koordinatorene noen ganger i løpet av datainnsamlingsperioden. I tillegg ønsker jeg å delta som observatør på møter mellom koordinator og bruker, og på eventuelle ansvarsgruppemøter. Det er en forutsetning at ingen brukere blir berørt uten at de har samtykkekompetanse og at de har gitt sitt samtykke. Som forsker har jeg selv taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13. I tillegg vil alle informanter i prosjektet vil bli anonymisert i forskningsrapporten.

Alle direkte kostnader ved prosjektet dekkes av høgskolen, men det må påregnes at informantene bruker noe av sin arbeidstid til intervjuer og samtaler med meg. Datainnsamlingen vil starte opp i løpet av høsten og vil i alle fall strekke seg til sommeren 2004.

Målet med undersøkelsen er å analysere de utfordringene som oppstår i arbeidet med individuelle planer og prøve å forstå hvorfor de oppstår og eventuelt hvordan de kan løses. Undersøkelsen er altså ikke noen evaluering av de ansattes arbeid med sikte på å vurdere hvem som gjør en god eller dårlig jobb.

Det jeg konkret ber om fra kommunen er følgende:

- En formell aksept for at jeg kan bruke kommunens psykiatritjeneste som datagrunnlag for min undersøkelse. En slik aksept vil jeg gjerne, av formelle grunner ha skriftlig. Dersom kommunen ønsker å legge inn eventuelle begrensninger, og/eller har noen spesielle krav til hvordan datasamlingen skal foregå, ber jeg også om at dette presiseres skriftlig.
- Navnet på minst tre ansatte i den kommunale psykiatritjenesten som er villige til å være mine informanter frem til sommeren 2004.

Så snart jeg har mottatt det jeg ber om, vil jeg ta kontakt med informantene, informere dem nærmere om prosjektet og avklare nærmere om hvordan vi skal organisere samarbeidet.

Undersøkelsen vil bli publisert i egen rapport, men jeg stiller meg også til disposisjon dersom etaten ønsker at jeg skal presentere de resultatene jeg kommer frem til i form av foredrag eller seminar rettet mot etatens ansatte eller brukere.

Med vennlig hilsen

Gunnar Vold Hansen  
førstelektor

## **VEDLEGG**

**Individuelle planer i kommunepsykiatrien – et forskningsprosjekt**

Jeg viser til hyggelig telefonsamtale der jeg etterspurte informanter til mitt forskningsprosjekt som jeg har kalt ”Individuelle planer i kommunepsykiatrien”. Problemstillingen i undersøkelsen er: ”Hvordan håndterer ansatte i kommunepsykiatrien arbeidet med individuelle planer?”. Undersøkelsen er ledd i et planlagt dr. gradprosjekt ved Universitet i Karlstad.

I første omgang ønsker jeg å følge 3 ansatte i hver av kommunene xxxx og yyyy. Jeg vil gjerne følge disse informantene i deres arbeid som koordinatorene for 2-3 individuelle planer, dersom de har koordinatorsansvar for så mange planer. Datasamlingen vil foregå ved at jeg intervjuer koordinatorene noen ganger i løpet av datainnsamlingsperioden. I tillegg ønsker jeg å delta som observatør på møter mellom koordinator og bruker, og på eventuelle ansvarsgruppemøter. Det er en forutsetning at ingen brukere blir berørt uten at de har samtykkekompetanse og at de har gitt sitt samtykke. Som forsker har jeg selv taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13. I tillegg vil alle informanter i prosjektet vil bli anonymisert i forskningsrapporten.

Alle direkte kostnader ved prosjektet dekkes av høgskolen, men det må påregnes at informantene bruker noe av sin arbeidstid til intervjuer og samtaler med meg. Datainnsamlingen vil starte opp i løpet av høsten og vil i alle fall strekke seg til sommeren 2004.

Målet med undersøkelsen er å analysere de utfordringene som oppstår i arbeidet med individuelle planer og prøve å forstå hvorfor de oppstår og eventuelt hvordan de kan løses. Undersøkelsen er altså ikke noen evaluering av de ansattes arbeid med sikte på å vurdere hvem som gjør en god eller dårlig jobb.

Det jeg konkret ber om fra kommunen er følgende:

- En formell aksept for at jeg kan bruke kommunens psykiatritjeneste som datagrunnlag for min undersøkelse. En slik aksept vil jeg gjerne, av formelle grunner ha skriftlig. Dersom kommunen ønsker å legge inn eventuelle begrensninger, og/eller har noen spesielle krav til hvordan datasamlingen skal foregå, ber jeg også om at dette presiseres skriftlig.
- Navnet på minst tre ansatte i den kommunale psykiatritjenesten som er villige til å være mine informanter frem til sommeren 2004.



Så snart jeg har mottatt det jeg ber om, vil jeg ta kontakt med informantene, informere dem nærmere om prosjektet og avklare nærmere om hvordan vi skal organisere samarbeidet.

Undersøkelsen vil bli publisert i egen rapport, men jeg stiller meg også til disposisjon dersom etaten ønsker at jeg skal presentere de resultatene jeg kommer frem til i form av foredrag eller seminar rettet mot etatens ansatte eller brukere.

Med vennlig hilsen

Gunnar Vold Hansen  
førstelektor

## Vedlegg 2

### **SAMTYKKEERKLÆRING**

Undertegnende samtykker i å delta som informant i forbindelse med undersøkelsen:

#### **Individuelle planer i kommunepsykiatrien**

Som informant vil jeg stille opp til intervjuer og tillate observasjon av mitt arbeid med individuelle planer. Jeg aksepterer også at det benyttes diktafon for å ta opp intervjuer med meg. Det skal ikke tas opp samtaler annet enn der det er spesifikt avtalt på forhånd. Det er også en forutsetning at intervjuer og andre data jeg bidrar med, vil bli behandlet konfidensielt. Etter at prosjektet er avsluttet vil opptakene av alle intervjuer bli slettet. Ingen data vil bli benyttet til andre formål enn det de er samlet inn for.

Jeg er klar over at deltakelse som informant er frivillig, at jeg kan la være å svare på spørsmål og at jeg når som helst i løpet av prosjektet kan trekke meg fra videre deltakelse.

Dato og underskrift:

-----

## **SAMTYKKEERKLÆRING**

Undertegnende samtykker i å delta i forbindelse med undersøkelsen:

### **Individuelle planer i kommunepsykiatrien**

Min deltakelse innebærer at jeg tillater at forskeren Gunnar Vold Hansen får observere arbeidet med min individuelle plan. Jeg er kjent med at min deltakelse i undersøkelsen innebærer at Gunnar Vold Hansen, får tilgang til taushetsbelagt opplysninger om meg, og jeg samtykker til at han kan få tilgang til disse opplysningene. Det er en forutsetning at Gunnar Vold Hansen selv har taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13, og at alle opplysninger om meg blir anonymisert i forskningsrapporten.

Det er også en forutsetning at observasjoner og andre data om meg, vil bli behandlet konfidensielt. Ingen data vil bli benyttet til andre formål enn det de er samlet inn for.

Jeg er klar over at min deltakelse er frivillig, at jeg kan la være å svare på spørsmål og at jeg når som helst i løpet av prosjektet kan trekke meg fra videre deltakelse.

Dato og underskrift:

-----

## Vedlegg 4

### **Intervjuguide**

Bakgrunnsopplysninger

Navn

Utdanning

Praksis

Hvorfor psykiatrien og denne arbeidsplassen?

Har du erfaring med individuelle planer (IP)?

### **Generelle kommentarer**

Hvordan opplever du arbeidet med ip – hva er nytt, hva er fordeler og hva er ulemper/problemer?

Hva er dine umiddelbare reaksjoner på ip?

Har du opplevd noe spesielt i forbindelse med arbeidet med ip'er?

### **Koordinatorrollen**

Hvilke oppgaver legger du inn i en koordinatorrolle?

Er dette noe nytt i forhold til hvordan du har arbeidet før?

### **Brukermedvirkning**

Hva legger du i brukermedvirkning?

Er brukermedvirkning et mål for arbeidet ditt?

Hjelper ip til mer brukermedvirkning?

### **Individuell tilpasning**

Hva legger du i begrepet - er det nytt?

Bidrar ip til dette - i så fall hvordan?

### **Samarbeid**

Endrer en IP noe på hvordan du samarbeider med andre?

Hvem samarbeider du med – trekkes nye personer inn pga IP?

Hvordan samarbeider du med andre?

Hva samarbeider dere om?

Hvordan er samarbeidet med spesialisttjenesten - hvordan fungerer den?

Hva er utfordringene - hva er mulighetene?

**Helhetlig tilbud**

Hva legger du i begrepet - er det nytt?

Bidrar ip til dette - i så fall hvordan?

**Implementering**

Hvordan har det vært å ta i bruk ip'er i tjenesten - lett eller vanskelig?

Hva har vært de største utfordringene og hvordan har du løst disse?

Vedlegg 5

Observasjonsskjema

Sted/Dato	
Tilstede	
Tema	
Deltakere	
merknader	

Aktivitet	Uttalelser	Merknader

# Samarbeid uten fellesskap

---

I denne avhandlingen ser jeg nærmere på innføringen av individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. En individuell plan skal bidra til at tjenestetilbudet bygger på brukermedvirkning og blir mer individuelt tilpasset, samtidig som det skal være helhetlig og samordnet. Hensikten med avhandlingen er å se om en individuell plan virkelig bidrar til å nå de målene man satte seg.

Individuelle planer kan oppfattes som organisasjonsoppskrift med utgangspunkt i det som kalles New Public Management (NPM). De fremstår dermed som hjelpemidler bygget på en rasjonell-instrumentell logikk. Psykisk helsearbeid er derimot en sektor preget av ulike faglige tilnærminger, uklare sammenhenger mellom årsak og virkning, og tjenestemottakere med diffuse og komplekse behov. På mange måter synes det derfor som om forutsetningene bak de individuelle planene om at klare mål og behov skal kunne konkretiseres i bestemte tiltak, møter særlige utfordringer i psykisk helsearbeid.

Resultatene viser at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Innenfor de rammene som finnes er tjenesteyterne positive til å gi tjenestemottakerne innflytelse på utformingen av tiltakene. Det er likevel få av tjenestemottakerne som klarer å utnytte denne muligheten. En viktig forutsetning for at tjenestemottakerne skal kunne utnytte arbeidet med individuelle planer til økt brukermedvirkning, er at de både har klare mål og at de forstår hensikten med å utforme en individuell plan. Dette er forutsetninger som i liten grad synes oppfylt innen psykisk helsearbeid. Også samarbeid og helhetlige tilbud påvirkes i stor grad av andre faktorer enn den individuelle planen. I praksis synes forhold som forståelse for rehabiliteringsideologien, kommunens organisering, profesjonelle grenser, holdninger og samarbeidskompetanse å sette rammer for samarbeidet. Den individuelle planen medvirker likevel til at de ulike tjenestene tilpasser seg hverandre. Det er dessuten åpenbart at koordinatorene tar et særlig ansvar for at tilbudet til tjenestemottakerne blir helhetlig og samordnet. Den individuelle planen synes klart å være en medvirkende årsak til at de aktuelle tjenesteyterne tar et slikt ansvar for helhet og samordning. Undersøkelsen viser også at ansvarsgrupper kan være en arena der det er muligheter både for å samarbeide og for å komme frem til pragmatiske løsninger. Det viktigste er likevel at dette er en arena der tjenestemottakerne kan utøve innflytelse.